

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898.

THÈSE

N^o

128

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 janvier 1898, à 1 heure

Par GEORGES DESVAUX

Né à Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire), le 25 août 1867

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

DU RÔLE DES MALADIES GÉNÉRALES

DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA

KÉRATITE PARENCHYMEUSE DIFFUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARIE,

HARTMANN,

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

128

Année 1898.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 janvier 1898, à 1 heure

Par GEORGES DESVAUX

Né à Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire), le 25 août 1867

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

DU RÔLE DES MALADIES GÉNÉRALES

DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA

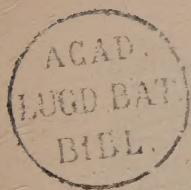
KÉRATITE PARENCHYMATEUSE DIFFUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARIE,

HARTMANN, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	BERGER.
Clinique d'accouchements.....	PANAS.
	{ GUYON.
	{ N...
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AICHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILLEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DELA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage d'affectueuse et profonde gratitude.

A MES COLLÈGUES ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MON CHER MAÎTRE,

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail. C'est sur vos conseils qu'il a été entrepris, sous votre bienveillante et haute direction qu'il a été continué. Puisse-t-il être digne de l'éminent maître qui l'a inspiré et de ses savantes leçons, et me faire mériter le grand honneur que vous m'accordez aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Pendant les dix années que nous avons passées dans les hôpitaux de Paris comme stagiaire, externe et enfin comme interne, nous avons toujours rencontré auprès de nos maîtres la plus grande sympathie ; et nous sommes heureux de pouvoir les remercier ici de leurs excellents conseils et de leur bienveillant appui.

Nous adresserons d'abord un pieux souvenir à la mémoire de notre vénéré maître le Dr A. Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, qui nous accueillit si aimablement au début de nos études médicales ; et qui pendant deux ans nous fit profiter de son enseignement

Pendant notre première année d'externat, nous avons pu admirer le grand talent opératoire de notre regretté maître le Dr Terrillon, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Nous eûmes également comme chef à la même époque à la Salpêtrière, M. le Dr Chaput, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital Tenon, qui fut toujours très bienveillant à notre égard : son habileté chirurgicale ne nous aura pas été sans profit.

Que M. le professeur agrégé Troisième dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe à l'hôpital Lariboisière veuille bien recevoir l'expression de notre vive gratitude pour sa grande amabilité et pour les excellentes leçons cliniques qu'il nous a données.

M. le Dr M. Letulle, professeur agrégé de la Faculté (1), dont nous avons été ensuite l'externe à l'hôpital St-Antoine, n'a cessé de nous prouver depuis son affection et sa sympathie en maintes occasions, nous ne savons trop comment remercier un tel maître et lui prouver notre attachement. Nous sommes heureux de lui adresser ici nos plus vifs sentiments de reconnaissance.

Pendant notre internat provisoire, nous eûmes la bonne fortune

(1) Médecin de l'hôpital Boucicaut.

de pouvoir apprendre la pratique des accouchements sous la savante direction de M. le Dr Maygrier, professeur agrégé et accoucheur de l'hôpital Lariboisière. MM. les docteurs Balzer et Darier dont nous fûmes ensuite l'élève pendant un temps malheureusement trop court nous initièrent aux difficultés de la dermatologie. M. le Dr Girardeau, que nous eûmes comme maître à l'Hôtel-Dieu annexe, nous a toujours témoigné une constante bienveillance. Que ces maîtres dont nous nous rappelons les conseils utiles et dévoués, veuillent bien recevoir l'assurance de nos sincères remerciements.

M. le Dr Josias, pendant notre première année d'internat, nous enseigna la clinique et la thérapeutique infantiles dans son service si actif de l'hôpital Trousseau. Nous n'oublierons jamais l'enseignement précieux de cet excellent maître et nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions oublier non plus M. le Dr Soupault qui fut à Trousseau notre chef de service pendant quelques semaines.

Nous avons pu l'année suivante apprendre la technique des maladies du larynx, du nez et des oreilles, dans l'important service laryngologique du Dr Gouguenheim à l'hôpital Lariboisière. Nous remercions ce bon maître de la grande initiative qu'il nous laissa et des nombreuses interventions que nous avons pu pratiquer sous sa direction. La grande compétence du Dr Gouguenheim dans cette science spéciale fut pour nous une bonne fortune et nous garderons toujours le souvenir de ses excellentes leçons.

Nous eûmes enfin l'honneur d'être l'élève de M. le professeur Panas. Nous avons rencontré auprès de l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu une bonté et une bienveillance inépuisables. Auprès de lui, nous avons appris à connaître les liens étroits qui existent entre les affections oculaires et la pathologie générale et qui agrandissent le champ déjà si vaste de l'ophtalmologie. Aux marques d'intérêt que nous a portées ce maître, il en a ajouté une dernière en acceptant la présidence de cette thèse : nous sommes heureux de lui adresser l'hommage de notre très profonde et respectueuse reconnaissance.

Que MM. les docteurs Broca, Leguen, Walther, chirurgiens des hôpitaux et M. le Dr Marcel Baudoin, rédacteur aux *Archives*

provinciales de chirurgie, qui nous ont souvent aidé de leurs conseils, veuillent bien recevoir l'assurance de tous nos remerciements et de notre respectueux souvenir.

M. le D^r Valude, médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, nous permettra de le remercier tout particulièrement de l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a accueilli pendant quatre années à la clinique des Quinze-Vingts. Pendant tout ce temps où nous eûmes l'honneur d'être son aide de clinique, il n'a cessé de nous entourer de son affection, et de nous prodiguer ses conseils, Merci, mon cher maître, et soyez assuré de mes bien vifs sentiments de gratitude.

Nos autres maîtres de la clinique nationale des Quinze-Vingts, MM. les docteurs Chevallereau, Trousseau et Kalt ont droit aussi à nos remerciements pour l'obligeance et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que MM. les docteurs de Wecker et Masselon, M. le D^r Landolt M. le D^r Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie de la Faculté de médecine, veuillent bien recevoir l'hommage de notre respectueuse sympathie et de l'excellent souvenir que nous leur conservons pour le bon accueil qu'ils nous ont fait dans leurs cliniques pendant plusieurs années. Merci également de leur excellent accueil à MM. les docteurs Lubet-Barbon et Martin, ainsi qu'à M. le D^r Despagnet.

Nous sommes heureux de remercier aussi M. le D^r Rochon-Duvigneaud, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, M. le D^r Albert Terson, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, et notre collègue et ami le D^r Mermet, ancien chef de clinique adjoint, pour leur extrême obligeance et les excellents conseils qu'ils ont bien voulu nous donner. Tous nos remerciements également à notre excellent collègue et ami Leven.

INTRODUCTION

De toutes les maladies de l'œil, la kératite parenchymateuse est certainement une de celles dont l'étiologie a été le plus vivement discutée depuis l'important mémoire d'Hutchinson en 1858. Quelques années plus tard, notre maître M. le professeur Panas, dans une des séances de la Société de chirurgie, novembre 1871, combattit les idées trop exclusives du célèbre chirurgien anglais et montra qu'en dehors de la syphilis, un certain nombre de diathèses, parmi lesquelles la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, l'impaludisme pouvaient donner naissance à cette variété de kératite. Depuis, les discussions ont été vives, et les auteurs se sont partagés en plusieurs groupes, les uns intransigeants ne voulant voir dans la kératite parenchymateuse qu'une manifestation de la syphilis héréditaire, les autres admettant en outre comme cause la syphilis acquise, d'autres enfin et nous partageons l'avis de ces derniers reconnaissant en dehors de cette étiologie un grand nombre d'autres causes.

Ce sont ces divergences d'opinions et le vif intérêt que présente actuellement encore cette question pour les ophtalmologistes qui nous ont décidé et d'après les conseils de notre excellent maître, M. Panas à étudier l'étiologie de cette affection aussi complètement que possible, d'après les nombreux travaux parus tant à l'étranger qu'en France et d'après nos observations personnelles.

La kératite parenchymateuse diffuse a été remarquée et signalée depuis longtemps sous des noms divers, tels que cornéite scrofuleuse (Mackenzie), kératite profonde, kératite diffuse, kératite interstitielle, kératite vasculaire, kératite ponctuée (Sichel).

Mais c'est Hutchinson qui, par ses remarquables travaux attira vraiment l'attention sur la kératite parenchymateuse diffuse, profonde, celle dont nous nous proposons d'étudier ici l'étiologie et les rapports avec les maladies générales.

Le début de cette affection est quelquefois subit et insidieux. Dans les cas habituels, elle envahit d'abord les parties centrales de la cornée et reconnaît pour premiers symptômes un trouble de la vision. Ce trouble est d'abord léger, presque insignifiant. Puis il augmente progressivement et une sorte de brouillard s'établit en permanence devant l'œil affecté.

A ce moment, si l'on examine la cornée à l'éclairage oblique, on perçoit sur un fond légèrement opalescent une série de points grisâtres extrêmement petits et ténus qui occupent l'épaisseur même de la cornée; de sorte que celle-ci apparaît comme ternie. C'est pour ainsi dire la première période de la maladie.

Mais bientôt la nébulosité s'accroît, les petits points grisâtres semblent se grossir et se rapprocher et des signes de réaction locale apparaissent.

Une grande partie de la cornée devient grisâtre, puis s'opacifie plus ou moins complètement, au point que la pupille et l'iris ne se distinguent plus du tout. Cette opacité peut être générale et uniforme; plus habituellement elle est prédominante vers les parties centrales.

En même temps que la cornée se prend, il se forme un cercle péri-kératique, composé de vaisseaux radiés. Cette vascularisation s'accroît et finit par envahir le tissu de la cornée, en se dirigeant de la périphérie vers le centre. La cornée prend alors une couleur rosée, puis rouge cerise et parfois les vaisseaux sont tellement nombreux qu'ils simulent une tache de sang.

Lorsque cette kératite parenchymateuse, arrivée à son summum de développement, ne se modifie ni en bien ni en mal, paraît en un mot rester stationnaire, c'est un symptôme de mauvais augure, et il y a des probabilités pour que la maladie dure longtemps. Lorsque, au contraire, il y a des symptômes de réaction analogues à ceux que nous venons de décrire, congestion de l'œil, sensibilité à la lumière, on peut presque affirmer que c'est un signe favorable. Nous ajouterons même, et cela en nous appuyant sur la grande expérience de notre maître, M. Panas, qu'il n'est pas sans intérêt de favoriser cette réaction.

Les troubles fonctionnels importants qui apparaissent alors sont d'abord des troubles visuels variables depuis le simple obscurcissement de la vue jusqu'à l'abolition complète de la fonction. Lorsque la vascularisation est intense et l'opacité absolue, il y a une véritable cécité.

Puis on voit survenir la photophobie, le blépharospasme, l'épiphora, des douleurs oculaires, orbitaires, péri-orbitaires, de l'insomnie avec agitation, quelquefois même un léger état fébrile passager.

Les douleurs ne sont jamais aussi vives que dans les kératites phlycténulaires ou ulcéreuses. Elles sont quelquefois tout à fait légères, presque nulles, et c'est alors, comme le font justement remarquer MM. de Wecker et Landolt que « l'indolence de l'œil, contrastant avec un trouble notable dans la transparence de la cornée et la diminution ou l'abolition même de la vue, frappe l'observateur et différencie sensiblement la maladie des autres infiltrations profondes et centrales de la cornée ».

Enfin, après un temps variable qui est toujours long, la maladie entre dans sa troisième période, dite de terminaison. Les vaisseaux s'atrophient progressivement et disparaissent ; cette disparition des vaisseaux peut être intégrale, mais quelquefois elle reste incomplète.

Quant à l'infiltration, il se produit une résorption véritable ; les taches s'atténuent, se réduisent d'étendue, s'éclaircissent. Quelquefois, elles disparaissent presque complètement, au point que la cornée reprend sa transparence physiologique.

Cependant, cet éclaircissement absolu d'une cornée opaque est assez rare. Il ne se produit guère que dans les cas d'intensité moyenne. Quand l'affection a été plus grave, si le trouble de la cornée s'enlève d'une façon générale, il subsiste cependant sous forme de petites taches partielles en un ou plusieurs points, et plus particulièrement à la partie centrale, compromettant ainsi gravement les fonctions visuelles.

Cette affection est en général binoculaire, et elle n'est binoculaire que successivement. Il est exceptionnel qu'elle intéresse les deux yeux du même coup, simultanément ; mais elle les atteint habituellement à des intervalles assez rapprochés ; de sorte que les deux yeux

se trouvent simultanément dans la période d'opacification, et que le malade traverse pour un temps plus ou moins long une période de cécité et de cécité absolue.

La durée totale de l'affection est de six à huit mois, quelquefois même 15 et 18 mois.

CHAPITRE PREMIER

Valeur de l'âge.

On considère en général la kératite parenchymateuse comme une manifestation du jeune âge. Hutchinson trouve son maximum de fréquence à 10 ans; M. Panas de 10 à 15 ans; M. Parinaud de 7 à 18 ans; M. Fournier de 10 à 12 ans; M. Lavergne (1) de 8 à 21 ans. Elle serait rare avant, plus rare après 30 ans, et serait due alors à la syphilis acquise. Dans les 51 cas que nous avons pu observer, le maximum de fréquence a été entre 10 et 20 ans.

Chez l'adulte, Lang, sur 59 cas, cite 18 cas au-dessus de 25 ans, soit 29 0/0; Haltenhoff, sur 71 cas, en cite 5 au-dessus de 25 ans, soit 7 0/0; le Dr Loukaëtis, sur 183 cas, en rapporte 15 cas au-dessus de 25 ans.

En comparant ces statistiques avec le nombre des sujets atteints avant six ans, on trouve que Haltenhoff l'a rencontrée dans 19, 71 0/0 des cas; Loukaëtis dans 18, 57 0/0, Grosz dans 21, 22 0/0.

D'après ces statistiques, la kératite parenchymateuse paraît au moins aussi fréquente après 25 ans qu'avant 6 ans.

Cet âge est important à considérer, surtout quand l'affection se montre à un âge où la syphilis héréditaire ne peut guère se manifester.

M. Fournier cite un cas de syphilis héréditaire à 30 ans, un autre à 26, Pfister a trouvé des signes de cette affection chez un homme de 37 ans. Stellwag admet la possibilité de l'apparition de cette maladie depuis 4 semaines jusqu'à 77 ans. Dans les cas rapportés par Von Hippel la moyenne était 19 ans. Kniess admet que lorsque cette kératite apparaît au delà de la puberté, elle peut être considérée comme la rechute d'une kératite parenchymateuse qui existait avant.

(1) LAVERGNE, Thèse de Paris, 1886-1887.

Voici la statistique de l'Université de Berlin de 1893 à 1895, d'après le Dr Richard Greeff.

Age.....	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	31 à 35	36 à 40
Nombre	26	53	63	70	27	20	19	1
des cas	9,3 0/0	19 0/0	22,5 0/0	25 0/0	9,68 0/0	7,17 0/0	6,81 0/0	0,36 0/0

D'après ce tableau, on voit que le nombre des cas est relativement peu fréquent dans les cinq premières années de la vie, qu'il augmente de 6 à 20 ans et qu'à partir de là il baisse. Richard Greeff en a vu un cas chez une enfant de 7 mois ; le malade le plus âgé avait 28 ans. Jawrolewa a vu aussi cette kératite chez un malade de 38 ans. D'autres auteurs en ont vu dans le même âge (Vossius, Boie). Ce qui est intéressant à constater, c'est que cette maladie peut être congénitale, ou plutôt intra-utérine.

Fréquence. — Au point de vue de sa fréquence, Hirschberg, de 1870 à 1877, sur 21.440 malades, a relevé 95 cas de kératite parenchymateuse, ce qui fait $4 \frac{1}{4} 0/00$. et de 1883 à 1885, sur 16.800 malades 100 cas, c'est-à-dire 6 0/00. A l'hôpital Moorfield's à Londres en 1875 sur 20.677 malades, il y en avait 127 cas, c'est-à-dire 6 0/00.

M. Panas, sur un nombre de 5089 malades ayant dépassé l'âge pubère, n'en a rencontré que 40 cas, soit 1 sur 127 (Th. Paris, Le Dauphin, 1875).

Horner (*Manuel des maladies des enfants*, par Gerhardt's) estime la fréquence de cette kératite à $1/2 0/0$ de toutes les affections oculaires. Breuer dans la clinique de Grenener trouve sur 15.700 affections oculaires 72 cas c'est-à-dire à peu près 0,46 0/0.

Uhthoff avait en 1880 dans la clinique de Schæler sur 10.000 malades 0,62 0/0. Dans cette même clinique, Albrand a trouvé récemment sur 13.200 malades 123 cas ou 0,93 0/0 de kératite parenchymateuse. En 1893, Manasse a trouvé à la clinique de l'université de Berlin sur 12.296 malades 102 cas, 0,83 0/0.

En 1894, il a trouvé sur 12.376 malades 82 cas, 0,66 0/0. En 1895, sur 11.733 malades 95 cas, 0,81 0/0. En résumé, sur 36.385 malades 279 cas, 0,77 0/0.

CHAPITRE II

Hérédo-syphilis.

La kératite parenchymateuse est-elle une manifestation syphilitique, et exclusivement syphilitique comme le veut Hutchinson ? Dans son ouvrage (1) en effet, l'auteur anglais avant d'affirmer son opinion que cette kératite chronique diffuse se développe chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, écrit cette phrase : « Certes, je ne serai pas absolu au point d'affirmer que la kératite interstitielle de forme typique ne se rencontre que chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, mais je ne cacherais pas que c'est ma conviction. »

Cette kératite est-elle au contraire une manifestation pouvant dépendre d'autres diathèses ou bien ne serait-ce pas plutôt une lésion commune pouvant dériver de causes diverses ? C'est ce que nous allons examiner.

C'est en 1857 qu'Hutchinson chercha à rattacher cette forme de kératite à la syphilis héréditaire.

En 1859 et 1860, l'auteur fournit de nouvelles preuves, et en 1863, il publia un mémoire où la maladie se trouve décrite dans tous ses détails.

Voici quels sont, d'après Hutchinson lui-même, les caractères principaux de la kératite en question : « Trouble interstitiel finement moucheté de la cornée, qui marche du centre à la circonférence, et finit par donner à la totalité de la cornée l'aspect d'un verre dépoli.

« Vascularité très fine et radiée de la périphérie de cette membrane, surtout prononcée au moment de l'acuité de l'attaque.

« Les deux yeux en sont successivement atteints.

(1) *Clinical memoir on certain diseases of the Eye and Ear consequent of inherited syphilis*, by J. HUTCHINSON, London, 1863.

« Marche chronique ; la maladie pouvant durer de trois mois à un an et plus. »

Les preuves que fournit l'auteur pour en faire une manifestation de la syphilis héréditaire sont :

« Une physionomie particulière des individus consistant en : peau rude et flasque : des cicatrices sur le front et la face ; des cicatrices de vieilles fissures aux angles de la bouche ; enfoncement de la racine du nez ; une rangée de dents permanentes remarquables par leur petitesse et leur mauvaise couleur, avec les deux dents incisives supérieures majeures souvent échancrées à leur bord libre. »

L'auteur accorde même une importance décisive à cette *échancrure* spéciale de la couronne des incisives supérieures.

« La grande mortalité parmi les enfants de la même famille, dont l'aîné des survivants en est généralement atteint, et de préférence les filles.

« Dix-neuf fois sur trente cas où l'on a pu interroger les parents, on a obtenu l'aveu que l'un d'entre eux ou tous les deux avaient eu la syphilis constitutionnelle avant la naissance du malade.

« Trente-deux fois sur trente-huit cas, en remontant à la première enfance des sujets malades, on a pu recueillir des renseignements éclairés, qui témoignaient qu'ils avaient eu la syphilis infantile.

« Onze fois des symptômes de syphilis infantile avaient été clairement observés sur des frères ou sœurs du malade.

« Tandis que les engorgements des ganglions lymphatiques sont rares, les nodus, l'ulcération du voile du palais et le lupus ne sont pas rares comme complication de cette forme de kératite.

Stanley, Galligo, Pridgin, Feal, Haller, Lawrence, Watson, Taylor, tous ces auteurs et beaucoup d'autres depuis sont partisans des idées de Hutchinson. Par contre, Mooren (1) nie qu'il y ait un rapport entre la conformation particulière des dents décrite par Hutchinson, et cette forme de kératite ; d'autres auteurs plus récents, partageant cette opinion de Mooren comme nous le verrons plus loin.

(1) *Ophtal. Beobachtungen*, p. 94, 1867.

Tel était l'état de la question en 1871, époque à laquelle eut lieu une discussion célèbre de la *Société de chirurgie* (15 et 22 novembre 1871) et dans laquelle, avec M. Panas, tous les membres qui y prirent part, se prononcèrent contre l'exclusivisme de la doctrine du médecin anglais, sauf cependant Demarquay et Giraud-Teulon.

Dans cette discussion, M. Panas apporta à l'appui de son opinion un certain nombre d'observations très probantes que nous résumerons à la fin de ce travail, observations qui sont en contradiction avec les idées d'Hutchinson.

Voici les conclusions émises par M. Panas, à cette époque, et que l'on trouve exposées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (1).

Des considérations qui précèdent il résulte, dit-il :

1^o Que l'origine syphilitique directe de la kératite diffuse décrite par Hutchinson, sous le nom de kératite hérédosyphilitique, peut être mise en doute ;

2^o Que la configuration anormale des dents est loin d'être constante, et que, lorsqu'elle existe, elle rappelle tout à fait ce que chacun sait des dents rachitiques ;

3^o Qu'en définitive, le nom de kératite *cachectique diffuse* est ce qui lui convient le mieux.

Triade d'Hutchinson.

1^o VALEUR DES ALTÉRATIONS DENTAIRES. — Les altérations des dents et surtout celles des deux incisives supérieures majeures avec l'échancrure spéciale à leur bord libre seraient très fréquemment observées chez les malades atteints de kératite parenchymateuse (Hutchinson). C'est cependant un symptôme qui est loin de se rencontrer dans tous les cas et qui est même très rare.

C'est ainsi que, trois fois, dans les observations rapportées par M. Panas, les dents étaient entièrement saines, et que, dans le seul cas où elles s'écartaient de leur conformation normale, il s'agissait

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, novembre 1871.

de dents petites, rabougries, privées d'une partie de leur couronne, comme celles qu'on observe souvent chez les rachitiques.

En réfléchissant, d'autre part, aux caractères assignés par Hutchinson aux dents des malades atteints de kératite diffuse, il est aisé de se convaincre qu'il ne s'agit là que de dents rachitiques, comme on en voit tant, et que, dès lors, rien ne prouve l'origine syphilitique de cette espèce d'atrophie des dents.

Dans son livre sur la syphilis héréditaire et le rachitisme, Parrot prétend que ce n'est pas à l'action immédiate de la syphilis que Hutchinson attribue l'altération dentaire, mais à une stomatite ; et suivant lui, on ne l'observerait pas chez les enfants syphilitiques exempts de ce mal. Par contre, toute stomatite de l'enfance peut produire des désordres analogues. Ainsi les dents permanentes des individus qui ont pris du mercure dans leur enfance sont minces, spécialement sur leurs bords, surtout les inférieures. Elles sont décharnées ; quelquefois leur bord libre est échancré en forme de croissant, ce qui rend le diagnostic avec les dents syphilitiques difficile. Les dents pointillées, en scie, sont de même, et c'est seulement l'aspect entaillé et nain des incisives supérieures qui permet de soupçonner la syphilis chez les parents. Ces malformations sont, dans un grand nombre de cas, sous l'influence d'une diathèse autre que la syphilis héréditaire.

Dans tous ses travaux, Hutchinson, préoccupé surtout de la question du diagnostic, a insisté sur les relations qui existent entre l'atrophie dentaire et les lésions de l'appareil oculaire, tels que la kératite interstitielle, la choréïdite, l'aquo-capsulite, l'amaurose, affections qu'il rapporte, ainsi que l'atrophie en coup d'ongle, à la syphilis héréditaire.

En 1861, le Dr Albrecht disait à la Société médicale de Berlin que les altérations des dents sont produites non seulement par la syphilis, mais par toute cause amenant un trouble nutritif au moment de la formation des organes.

Aucun des malades dont M. Panas rapporte les observations n'avait eu dans son enfance, pas plus qu'il n'en avait offert au moment

de l'examen, des accidents syphilitiques, de sorte que rien n'autorisait à attribuer leur affection cornéale à la syphilis.

Von Hippel considère cette courbure des dents d'Hutchinson comme très importante. Elle dure, dit-il, environ jusqu'à 20 ans. A cette époque, par l'usure du bord libre, elle disparaît. Ces dents se trouvent dans moins de la moitié des cas de kératite parenchymateuse. Grosz compte 39 0/0 des cas où on les rencontre. Il y aurait possibilité de trouver plus souvent ce symptôme si on pouvait suivre les malades jusqu'à la 2^e dentition. Parmi les ophtalmologistes allemands il n'y a qu'Hirschberg qui trouve les signes d'Hutchinson comme pathognomoniques. Parmi les auteurs français, MM. Trousseau, Parinaud, Ferret et Leplat partagent l'idée d'Hutchinson. M. Fournier dit qu'il ne faut pas considérer ces dents comme pathognomoniques dans le cas où il y a d'autres raisons pouvant amener cette déformation. Il donne cependant une grande valeur diagnostique aux dents d'Hutchinson.

Berten ne considère pas non plus cette malformation dentaire comme pathognomonique, bien qu'elle se retrouve souvent dans la syphilis héréditaire. D'après lui, toute maladie qui empêche la calcification régulière à l'époque du développement amène les mêmes altérations.

Il résulte donc de tout cela que la déformation d'Hutchinson peut survenir chez des non-syphilitiques, d'autant plus que l'on ignore s'il n'apparaîtra pas plus tard une tuberculose qui déterminera cette kératite.

Des seize cas dans lesquels Von Hippel a trouvé les dents d'Hutchinson certaines ou des dents modifiées d'une autre façon, il y avait dix cas typiques. Treize individus étaient certainement syphilitiques héréditaires pour d'autres raisons. Dans un cas, il a trouvé au contraire une déformation évidente des dents chez une jeune fille de vingt ans qui n'était sûrement pas syphilitique héréditaire, mais une tuberculeuse avancée. Ce même auteur a trouvé la dentition d'Hutchinson chez un enfant qui était traité pour une conjonctivite ; ni chez lui, ni chez les ascendants, aucune trace de syphilis héréditaire. Il n'avait marché qu'à deux ans.

Que de petits ganglions durs, indolents dans la nuque, dans les aines, dans l'aisselle se rencontrent dans la syphilis héréditaire, ce n'est pas une raison parce qu'on les trouve de diagnostiquer cette affection.

Giraldès, dans son service, à l'hôpital des Enfants-Malades, montra nombre de fois aux élèves des dentitions semblables à celles qui ont été décrites comme appartenant à la syphilis héréditaire, et pour lesquelles il était impossible de trouver des traces de syphilis chez les parents des enfants à dents ainsi crénelées.

Les kératites parenchymateuses ne coïncidaient point avec des dents crénelées, et Giraldès est arrivé à penser que ces lésions n'avaient point la cause syphilitique qu'on leur a prêtée. Cette forme des dents n'avait à son sens aucune signification.

Dolbeau observa aussi des kératites avec altération concomitante des dents de la seconde dentition sans que l'on trouvât des traces de syphilis chez les ascendants des enfants. Il observa des dents malades sans kératites et des kératites parenchymateuses sans lésions dentaires, et cela chez toutes sortes de sujets. C'est principalement chez des sujets débilités, mal nourris, misérables, que cette maladie se rencontre.

« Les malformations dentaires, dit le D^r Antonelli (1) dans sa thèse, sont certainement parmi les stigmates hérédo-syphilitiques les plus fréquents, mais leur polymorphisme les rend très peu caractérisées, surtout lorsqu'il s'agit de malformations rudimentaires, ou peu prononcées. Notons, en outre, combien de fois les dents de Hutchinson font défaut, dans des cas avérés de syphilis héréditaire ; elles manquaient, en effet, dans nombre de nos observations où les stigmates rudimentaires du fond de l'œil étaient les seuls, comme signes personnels, et où les données anamnestiques ne laissaient pourtant pas de doute sur la tare du jeune sujet. Notons enfin, combien de fois les altérations dentaires que Horner a signalées comme étant l'apanage du rachitisme, se rencontrent sur des enfants hérédo-syphilitiques, ce qui est du reste justifié par les rapports qui existent entre

(1) A. ANTONELLI, *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*. Thèse Paris, 1897.

la syphilis héréditaire et le rachitisme. Parrot, qui a si bien étudié l'*odontopathie atrophique* de la syphilis congénitale, est arrivé jusqu'à soutenir que le rachitisme n'était qu'une des formes de la syphilis héréditaire (1).

Pourquoi conclure de quelques faits où l'on trouve des antécédents syphilitiques chez les parents, lorsque tant d'autres faits contredisent la théorie ?

M. Panas qui a vu un grand nombre de syphilitiques à Lourcine et à l'hôpital du Midi n'admet pas que la syphilis héréditaire puisse se manifester tardivement à l'âge de 12, 25 et 30 ans, alors que rien n'a transpiré dans la première enfance. Presque toujours, la syphilis infantile éclate dans les six premières semaines après la naissance, et, si l'on n'intervient pas, les enfants succombent ; dans le cas contraire, ils guérissent d'une façon presque toujours définitive.

Nous avons vu parfois dans les hôpitaux, dit M. Panas, des lésions réputées syphilitiques héréditaires survenues chez des adolescents et des adultes, telles que des perforations du voile du palais, des ulcérations du palais ou de la langue ; mais, à mesure que la science progresse, on reconnaît que ces états n'ont rien à faire avec la syphilis. C'est ainsi qu'on connaît bien aujourd'hui les perforations et les ulcérations par abcès glandulaires du palais et de son voile, les ulcérations tuberculeuses de la langue ; enfin, les diverses éruptions eczémateuses, psoriasiques et autres, de la muqueuse muco-pharyngienne.

Dans nos 51 observations, nous n'avons trouvé que trois fois seulement l'altération des incisives décrite par Hutchinson.

Dans 33 cas, la dentition était très régulière et les dents en parfait état.

Dans les autres cas, les dents étaient mauvaises, irrégulières, mais ne présentaient rien de caractéristique.

2^o VALEUR DES TROUBLES AUDITIFS. — A la triade d'Hutchinson appartient un autre signe important, l'ouïe dure et la surdité. Dans les observations rapportées par Von Hippel, ce dernier aurait ob-

(1) PARROT, La syphilis héréditaire et le rachitisme. *Progrès médical*, 1880.

servé 8 fois la surdité ou l'ouïe dure, 38 fois l'oreille n'ayant rien et 39 fois les renseignements manquaient.

Dans deux de ces cas, il y avait de l'otite moyenne chronique ; dans quatre autres où l'examen de l'oreille ne fut pas fait, l'un était nettement tuberculeux et deux très probablement syphilitiques.

Dans nos observations, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des troubles de l'ouïe.

Dans 43 cas, l'ouïe était normale. Il n'y avait aucune modification de l'acuité auditive. Dans 3 cas, il y avait de l'otite moyenne suppurée des deux côtés, et dans 5 autres l'ouïe était dure et l'acuité auditive notablement diminuée.

Davidson (1) dit que dans la surdité combinée à la kératite et aux dents d'Hutchinson, c'est la trompe d'Eustache et le tympan qui sont malades. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que dans deux cas où il y a eu surdité et kératite, cas très graves ; après iridectomie, kératite et surdité aient été améliorées. Cinq fois les troubles de l'ouïe ne sont apparus qu'après la kératite.

La plupart des cas observés concernent des sujets qui avaient été atteints de kératite, dont les dents incisives étaient coniques, et qui étaient âgés de 11 à 16 ans. Leur âge extrême était 8 et 16.

Les classes inférieures qui se trouvent dans des conditions hygiéniques insuffisantes fournissent le contingent le plus élevé et presque tous les malades qu'il a pu observer habitaient les pays froids et humides. Tous à part un appartenaient au sexe féminin. Il décrit de la façon suivante les lésions que l'examen direct lui a permis de reconnaître.

Dans quelques cas seulement la trompe d'Eustache était le siège d'altérations morbides ; dans tous, la membrane du tympan était altérée des deux côtés à des degrés variables.

A la première période, elle était plus vasculaire qu'à l'ordinaire et avait pris une teinte grisâtre. Dans quelques cas cette vascularité s'étendait au loin dans le conduit auditif, et vraisemblablement la

(1) DAVIDSON, *De la surdité dans ses rapports avec la kératite panniforme et les dents incisives coniques.*

même altération pathologique existait dans la trompe d'Eustache à son embouchure tympanique, quand ce canal était intéressé.

Plus tard la rougeur disparaissait mais en même temps la membrane s'épaississait ; elle était blanche terne, et avait perdu son élasticité. Elle ne pouvait plus dès lors être mise en vibration par les ondulations de l'air, et il en résultait une diminution de l'ouïe.

De même, ajoute-t-il, que dans la syphilis héréditaire l'iritis se joint presque toujours à l'affection cornéenne, de même nous constatons ici que la trompe d'Eustache est très fréquemment intéressée. Ce n'est vraisemblablement au début qu'un état hyperémique des tissus, mais bientôt vers l'extrémité tympanique de la trompe se déposent des produits qui en diminuent le calibre ou l'obstruent même complètement. Cette extension de la maladie du tympan à la trompe est proportionnée à l'intensité des symptômes du côté du tympan qui en résumé en est le siège électif.

Le pronostic est toujours grave parce que la membrane une fois altérée dans sa structure ne récupère pas son élasticité première. La netteté de l'ouïe est donc toujours perdue.

Dans trois cas, la surdité était telle qu'au contact absolu même, le bruit de la montre ne pouvait être perçu. Dans cinq, il était perçu à deux pouces. Dans 22 à trois pieds au lieu de 6 qui est la distance normale.

Les cas dans lesquels l'ouïe fut le mieux récupérée furent ceux où un traitement approprié, institué dès le début, avait apporté des modifications salutaires à l'état général.

Davi dson termine en disant que dans 20 0/0 des cas seulement il a pu nettement établir l'origine syphilitique.

Charles Ripp a recueilli six observations de surdité liée à la syphilis héréditaire. Les sujets de ces observations étaient des filles âgées de 6, 6 1/2, 8, 13, 17 et 23 ans. Dans cinq cas, une kératite interstitielle double précéda la surdité ; dans le sixième elle la suivit. Dans 5 cas, la surdité survint très rapidement des deux côtés. Dans le dernier elle existait depuis plusieurs mois, lorsque son intensité augmenta brusquement.

Des symptômes d'irritation cérébrale précédèrent la perte de l'ouïe

dans 1 cas. Des bourdonnements d'oreille, des maux de tête, du vertige et des troubles de l'équilibre accompagnèrent ou suivirent tous les autres. Chez trois malades, la membrane du tympan était affectée, chez toutes la trompe d'Eustache était perméable. Toutes étaient atteintes de catarrhe naso-pharyngien. La symétrie de la surdité porte l'auteur à admettre une lésion du 4^e ventricule.

La syphilis héréditaire peut, comme on le voit, déterminer des accidents très variés du côté de l'oreille ; mais il faut ajouter que dans bien des cas l'organe de l'ouïe n'est pas intéressé. M. Hermet a vu un certain nombre de syphilitiques héréditaires entendant très bien, qui n'avaient jamais eu d'écoulements et dont la membrane du tympan était absolument normale.

Cette surdité hérédo-syphilitique, ajoute cet auteur, reconnaît plusieurs particularités des plus frappantes qui lui impriment un caractère spécial, presque pathognomonique :

1^o C'est, d'abord, une surdité qui se produit sans le cortège des accidents locaux ou généraux qui accompagnent ordinairement les otites vulgaires.

2^o C'est une surdité brusque d'invasion, hâtivement progressive, s'établissant et se confirmant avec une rapidité vraiment extraordinaire.

3^o C'est une surdité qui atteint à bref délai une intensité considérable, qu'elle conserve définitivement.

4^o C'est enfin une surdité sans lésions appréciables.

Les sujets qui sont frappés de la sorte par la syphilis héréditaire deviennent sourds d'une façon vraiment extraordinaire. Ils deviennent sourds sans souffrance, sans écoulement de l'oreille, sans inflammation locale, sans réaction à froid, suivant l'expression du professeur Fournier. Ils deviennent sourds sans raison, du moins sans altérations anatomiques perceptibles à l'otoscope.

Ils deviennent sourds à un degré excessif, au point de n'entendre presque plus rien ou même de ne rien entendre du tout, et cela d'une façon définitive, et dans un espace de temps très court, c'est-à-dire en quelques mois, en un mois, en trois semaines.

Von Hippel serait tenté de croire que ce trouble du nerf acoustique est en rapport avec des causes centrales.

Leplat qui accepte la syphilis comme cause exclusive de la kératite parenchymateuse a examiné les oreilles de 21 malades. Il trouve que dans 76 0/0 l'oreille est normale et la lésion auriculaire non déterminée. Dans un cas de Caudron, il s'agissait de maladies du labyrinthe. M. Boucheron cherche la raison principalement dans l'oblitération de la trompe d'Eustache.

Rabl, qui a vu trois cas de surdité avec kératite parenchymateuse et ozène pense que c'est un même processus qui agissait sur le labyrinthe et la cornée.

Hirschberg qui déjà, en 1888, accordait une grande importance à la syphilis dit que la surdité ou l'ouïe dure accompagnant la kératite parenchymateuse doit être comptée comme symptôme de la syphilis héréditaire.

Hochsinger observa 63 enfants atteints sûrement de la syphilis héréditaire. Il ne vit survenir sur ces enfants ni surdité, ni kératite, ni dents spéciales, tandis que d'autres manifestations syphilitiques tardives survinrent plus tard. Hochsinger se base sur ces faits pour dire que la triade d'Hutchinson n'est pas caractéristique de la syphilis héréditaire.

Alexander cite l'affection du labyrinthe accompagnée de surdité parmi les symptômes des accidents tertiaires de la syphilis héréditaire.

Berry, d'après lequel la syphilis est dans la plupart des cas la cause de cette kératite indique parmi les complications la surdité qui provient de l'inflammation de la membrane du tympan ou du rétrécissement du conduit osseux pour le nerf auditif.

Le Dr Loukaëtis, dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. Panas, indique dans une observation un cas de kératite parenchymateuse, dans lequel deux ans après l'affection des yeux apparaît une maladie des oreilles qui avait comme conséquence une surdité complète. L'unique sœur du patient était morte de phthisie galopante ; aucun signe de syphilis chez les parents.

Albrand a trouvé sur 123 cas de kératite parenchymateuse cinq

cas avec un affaiblissement de l'ouïe, un cas de surdité sans modifications objectives dans l'oreille moyenne et interne. Il regarde comme cause de cette surdité l'otite interne accompagnée d'une destruction du labyrinthe membraneux.

Hutchinson dit que la syphilis acquise et surtout héréditaire détermine une maladie spécifique de l'oreille moyenne, maladie sous forme définie, dont le début est aigu, sans douleurs, mais avec des phénomènes auditifs subjectifs et dont le pronostic est défavorable. Les autres maladies des oreilles qui peuvent apparaître par suite de syphilis et qui peuvent intéresser l'oreille externe, la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne provoquent rarement une surdité réelle complète.

M. Fournier reconnaît deux formes principales dans les troubles de l'ouïe : 1° l'inflammation purulente de l'oreille moyenne et 2° une surdité sans état objectif. L'otite moyenne purulente qui a comme étiologie la syphilis est caractérisée par les signes suivants : la suppuration apparaît sans exception chez tous les jeunes enfants de quelques semaines ou de quelques mois. Cette affection de l'oreille n'est pas douloureuse et n'a aucune influence sur l'état général. Reconnue à temps et traitée, cette maladie a un pronostic favorable. Etant négligée, elle persiste et provoque de graves troubles fonctionnels, même la surdité. La seconde forme est celle que décrit Hutchinson : un début brusque des troubles de l'ouïe sans douleurs générales, une marche rapide, la localisation aux deux oreilles, un pronostic très mauvais et l'impuissance absolue de la thérapeutique, tels sont les signes de cette forme. D'après Fournier, la nature de cette maladie reste encore indéterminée. Moos est d'avis qu'on peut admettre, d'après ses propres recherches et celles de Steinbrügg et de Gradenigo, comme cause anatomique assez probable de ce trouble une périostite primitive du labyrinthe.

Von Hippel en se basant sur ces différents avis formule la conclusion suivante : un trouble de l'ouïe ou la surdité qui apparaissent après ou avant une kératite parenchymateuse ne peuvent prouver la présence de la syphilis héréditaire que dans le cas où il s'agit de la

forme caractéristique décrite plus haut sans phénomènes cliniques objectifs ou d'une suppuration de l'oreille moyenne qui a commencé dans un très jeune âge et se continue sans douleur.

M. Parinaud préfère remplacer les troubles auriculaires qui, pour Hutchinson, complètent la triade des symptômes de la syphilis héréditaire, par les résultats des grossesses de la mère qui sont toujours mauvais, fausses couches ou mortalité des enfants en bas âge. Ce dernier terme est, d'après M. Parinaud, beaucoup plus constant que les altérations de l'oreille, et par suite beaucoup plus important dans la triade symptomatique de la syphilis héréditaire.

Les cas de syphilis héréditaire observés par M. Parinaud ont tous été diagnostiqués par la coexistence de ces lésions diverses.

Dans beaucoup de circonstances, les malades offraient en outre des lésions variées et nettement syphilitiques. D'après lui, la kératite interstitielle doit être rapportée à la syphilis héréditaire comme le prouvent 32 cas qu'il a observés et réunis en tableau.

Quant aux fausses couches et à la mortalité des enfants en bas âge, elles existent surtout avant la naissance de l'enfant atteint de kératite interstitielle, tandis que les grossesses ultérieures ont généralement un résultat plus favorable. De là découle une autre conclusion formulée par M. Parinaud : « La kératite interstitielle est la manifestation d'une syphilis atténuée des parents. »

Cette opinion est certainement juste dans la majorité des cas, comme nous l'avons remarqué dans nos observations. Cependant M. A. Terson a récemment observé un cas de kératite parenchymateuse chez le premier enfant, alors que trois enfants sont morts après lui. Nous avons également observé la même particularité dans plusieurs de nos cas.

M. Parinaud croit même qu'un enfant atteint de kératite interstitielle ne doit pas offrir et n'offre pas des lésions de syphilis infantile. Du reste, MM. Fournier et Lannelongue ont vu la syphilis héréditaire donner lieu à des accidents tertiaires d'emblée, et non précédés d'accidents secondaires. Les parents, dans ces cas, transmettent la syphilis, non pas sous la forme virulente, mais à l'état de diathèse, de prédisposition constitutionnelle.

La scrofule, d'après M. Parinaud, n'a qu'une influence très secondaire sur la kératite parenchymateuse.

D'après plusieurs de nos observations cependant, nous croyons que la scrofule joue un rôle appréciable dans l'étiologie de cette affection.

Les troubles auditifs, si rares et si inconstants, comme nous avons pu le constater nous-même, n'ont donc que bien peu de valeur au point de vue de l'étiologie de cette kératite.

CHAPITRE III

Kératite primitive et kératite secondaire. —

État du fond de l'œil.

Après cette étude des altérations dentaires et auriculaires pouvant accompagner la kératite parenchymateuse, nous allons essayer d'établir avant d'aller plus loin la différence qui existe entre la kératite parenchymateuse primitive et la kératite parenchymateuse secondaire. Existe-t-il réellement une différence entre ces deux formes ? Dans la forme primitive, la cornée est-elle véritablement prise indépendamment de la maladie d'autres organes ? Parmi les auteurs qui ne partagent pas cette opinion, il faut citer Arlt qui affirme que cette inflammation n'apparaît qu'exceptionnellement sans une inflammation des parties adjacentes ou reste limitée à la cornée (dans la forme scrofuleuse), tandis que dans la forme syphilitique apparaît fréquemment une inflammation concomitante du tractus uvéal. M. le professeur Panas considère cette kératite comme primitive et croit que, sauf complications, le fond de l'œil reste normal. Fuchs, Leplat et Bulke disent avoir rencontré vers l'ora serrata des plaques pigmentaires. Bach prétend que la formation de granulations tuberculeuses dans le limbe scléro-cornéen peut produire le syndrome de la kératite parenchymateuse primitive.

Un plus grand nombre d'auteurs considèrent la maladie de la cornée comme épiphénomène ou simplement comme le résultat d'une lésion plus profonde, peu ou pas visible, siégeant dans le tractus uvéal.

Stellwag von Carion surtout s'exprime catégoriquement. « La kératite parenchymateuse, dit-il, ne doit pas être considérée comme une entité morbide, mais comme un épiphénomène dans un processus englobant au moins toute la région uvéale antérieure, et plus

souvent toute la choroïde et les organes adjacents. » Horner la considère comme un miroir dans lequel on voit les troubles profonds. Berry nomme la kératite parenchymateuse simplement « kératite secondaire ». Bergmeister distingue la kératite sclérale et choroïdale en se basant sur le développement de la maladie, tandis que Stellwag n'admet pas cette division. Von Hippel, dans son premier travail, ne croyait pas devoir admettre une différence principale entre les formes primitive et secondaire. Les expériences de Wagemann et Köster ont montré que la section des artères ciliaires, ainsi que la ligature des veines vorticineuses peuvent produire chez les cobayes une maladie analogue à la kératite parenchymateuse. Dans ce cas la kératite cliniquement primitive fait suite à un traumatisme intéressant la choroïde. Les autopsies de cas de kératite parenchymateuse cliniquement primitive (Krukow, Meyer, Fuchs, Von Hippel jun, Hennicke) ont montré, sauf pour Krukow qui ne le spécifie pas, que toujours les parties profondes ont été trouvées malades.

En 1888, Hirschberg affirmait que la participation du fonds de l'œil était très fréquente : 16 pour 100. Dans cette affection, de pareilles modifications s'observent aussi fréquemment dans le segment antérieur du tractus uvéal. Et on peut citer à cet égard les observations de Hutchinson, Sæmisch, Dietlen, Bull, Stellwag, Horner, Fournier, Michel, Syme, Fuchs, Galezowsky, etc. D'après Hirschberg, ces foyers se voient bien dans un œil qui n'est pas encore atteint par l'affection cornéenne. Dans plusieurs de ses cas, Von Hippel fit la même constatation. Chez 30 malades, il pratiqua l'examen attentif du fond de l'œil, et dans 18 cas il observa des foyers sur la rétine ; 12 fois il ne put les voir.

Bach cite un cas dans lequel chez un individu tuberculeux, mais non syphilitique, on observa des choroïdites disséminées avec une kératite parenchymateuse.

M. Parinaud cite un cas semblable qui avait comme cause le rhumatisme.

Ransohoff cite un autre cas dans lequel on avait diagnostiqué la tuberculose ou la syphilis acquise.

Cette lésion du fond de l'œil ne peut être considérée comme un symptôme constant, de sorte qu'on ne doit pas la regarder comme un signe caractéristique de la syphilis héréditaire.

Dans les 51 cas de kératite parenchymateuse que nous avons observés, lorsqu'il n'y avait qu'un seul œil qui fut atteint, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement de la choroïdite sur l'autre œil. Dans deux cas seulement nous avons trouvé de la choroïdite disséminée, vers l'ora serrata.

M. le Dr Antonelli qui a étudié dans sa thèse (1) les rapports qui existent entre les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire et la kératite parenchymateuse s'exprime ainsi : « La constatation des stigmates hérédo-syphilitiques du fond de l'œil peut avoir une grande importance pour la question étiologique de la kératite parenchymateuse. Des recherches récentes sont venues confirmer en effet, que cette forme de kératite représente non rarement une manifestation de la tuberculose ou de la scrofule oculaire (2). Le diagnostic différentiel et les indications thérapeutiques pourront donc recevoir la plus grande lumière par l'examen du fond de l'œil.

Il est certain, ajoute-t-il, que d'une part si nous constatons des stigmates spécifiques au fond de l'œil d'un enfant qui nous est amené pour tout autre cause, et si nous lui faisons suivre quand même le traitement spécifique, nous pouvons avoir la chance de prévenir de la façon la plus heureuse et la kératite de Hutchinson, et les autres manifestations plus ou moins tardives, parasyphilitique, de la spécificité congénitale. Si, d'autre part, l'enfant nous est amené, comme c'est le cas fréquemment, pour un commencement de kératite interstitielle d'un côté avec intégrité de l'autre œil, l'examen ophtalmoscopique, au moins de l'œil qui possède encore une cornée bien transparente, peut trancher toute question étiologique et nous faire entreprendre le traitement spécifique avec toute confiance de succès.

(1) A. ANTONELLI, *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*. Thèse de Paris, 1807.

(2) BACH, Die tuberculose der Hornhaut, *Archiv. f. Augenh.*, XXXII, 1897, H. 3, S. 149-153. Selon Bach, la forme la plus fréquente de l'infection tuberculeuse de la cornée se présente sous l'image clinique d'une kératite sclérosante précédée de l'apparition de tubercules dans le ligament pectiné. Vient ensuite la kératite parenchymateuse, en tout pareille à celle d'origine syphilitique.

Il est vrai, que même les kératites interstitielles tuberculeuses ou scrofuleuses paraissent bénéficier grandement du traitement mercuriel (Panas) ; mais cela ne diminue pas la valeur du diagnostic que les stigmates ophtalmoscopiques peuvent nous fournir. Il était connu, du reste, quant à l'action curative du mercure, qu'elle peut être bien efficace dans des cas de tuberculose à manifestations localisées, telles que les tumeurs blanches ou, pour ce qui nous regarde de près, la kératite parenchymateuse. Ce fait, qui a reçu ces derniers temps de valides confirmations, enlève un peu de sa valeur à l'ancien axiome établi surtout à l'égard de la syphilis : *naturam morborum ostendunt curationes*.

De sorte que, si la preuve du traitement n'est pas décisive pour la question étiologique d'un cas déterminé de kératite parenchymateuse, si d'autres éléments sûrs de diagnostic nous manquent, le seul signe unique de la nature spécifique de l'affection, dans un cas donné, peut être fourni par les stigmates ophtalmoscopiques.

Bien des kératites interstitielles soupçonnées hérédosyphilitiques semblent, en effet, reconnaître l'origine tuberculeuse. Dès 1871, M. Panas a soutenu que la kératite parenchymateuse devrait être envisagée non comme une manifestation propre de la syphilis, mais comme le résultat d'un état dyscrasique général, que dès lors, tout autre principe infectieux, s'attaquant au produit de la conception pourrait agir de même, tout en reconnaissant que le cas le plus fréquent est celui de la syphilis des ascendants. Forster et Mooren s'étaient prononcés dans le même sens, et M. Fournier (1) s'est rattaché entièrement à cette doctrine ; pour lui, la kératite de Hutchinson ne rentre pas dans les manifestations directes de la syphilis, mais bien dans celles purement dyscrasiques, à côté du tabes et de la périencéphalite, groupe qu'il désigne sous le nom de *lésions parasymphilitiques*, qui, comme telles, peuvent évoluer sur un terrain exempt de syphilis.

Il serait inutile, dit Antonelli, d'insister davantage sur les faits qui nous font refuser à la kératite interstitielle une signification uni-

(1) FOURNIER, *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*, Paris, 1896.

voque par rapport au syphilisme ; et si nous considérons que les malformations dentaires sont loin d'être constantes et caractérisées, qu'il en est de même des affections de l'appareil auditif, des affections articulaires et d'autres stigmates isolément considérés, nous comprendrons la haute portée que l'examen ophtalmoscopique peut avoir surtout dans des cas douteux de spécificité congénitale.

En signalant « les foyers chorio-réiniens équatoriaux qu'on peut constater quelquefois avant l'apparition de la kératite parenchymateuse, et que l'on trouve très souvent mais point régulièrement, après sa guérison, Von Hippel leur nie toute valeur diagnostique différentielle, car parmi 30 observations de ce genre il aurait trouvé les dits foyers chez 18 malades, dont 3 étaient sûrement tuberculeux et non syphilités. Or, ces cas nous semblent trop peu nombreux, pour faire refuser la valeur diagnostique différentielle aux lésions du fond de l'œil. »

La choroidite, d'après Fuchs, serait un des symptômes les plus fréquents de la kératite parenchymateuse ; et si la cornée ne perdait pas sa transparence rendant ainsi impossible l'examen à l'ophtalmoscope, on la remarquerait plus souvent. Et récemment, on vient d'émettre l'avis qu'une uvéite précède peut-être toujours l'affection cornéenne (Fuchs, Vossius, Wagenmann, V. Hippel, etc.)

D'après R. Greeffe, dans les cas rares, on remarque des changements dans la pression intra-oculaire. Quelquefois elle est abaissée. L'augmentation de tension est rare, et se présente seulement si l'affection a duré longtemps. Ainsi, cet auteur a vu que dans une kératite parenchymateuse évoluant très lentement, mais n'étant pas très intense, il s'est développé un kératocone avec augmentation de tension.

Quoiqu'on ne puisse en déduire que la kératite est le résultat des lésions profondes constatées, il est évident que la preuve anatomique de l'existence d'une kératite parenchymateuse vraiment primitive n'est pas encore faite. Le cas suivant, rapporté par Von Hippel, montre combien il est difficile, dans certaines circonstances, de différencier même cliniquement les formes primitive et secondaire.

Eva Goa, 22 ans. Pas de preuves de syphilis acquise ou héréditaire, ni objectivement, ni dans les commémoratifs. Mère morte de maladie osseuse. La malade porte au cou des cicatrices nombreuses ganglionnaires, elle a beaucoup toussé il y a un an et a eu des hémoptysies fréquentes. Plus tard, pendant la période d'observation, elle a eu des sueurs nocturnes et des points de côté. A son entrée : opacité cornéenne parenchymateuse occupant toute la partie supérieure de la cornée jusqu'au-dessous du bord supérieur de la pupille, la partie centrale de l'opacité est jaunâtre ; nombreux vaisseaux profonds. En bas et en dedans une opacité circonscrite périforme. Légère injection périornéale correspondant aux parties opacifiées de la cornée. L'opacité ne progresse pas. Cinq mois après, la malade se représente avec des tuméfactions épisclérales caractérisées, correspondant à la localisation de l'ancienne kératite. L'épisclérite récidiva encore cinq fois. En outre apparurent des points jaunâtres à la face postérieure de la cornée, ainsi que des tubercules transparents de l'iris sans synéchies.

La maladie débuta donc cliniquement comme une kératite parenchymateuse primitive, tandis que, d'après la marche, il est à peine douteux que les opacités survenues sur la cornée sont dues à une inflammation méconnue de la sclérotique.

En résumé, il n'est nullement prouvé que la kératite parenchymateuse là ou cliniquement elle paraît primitive, n'est pas une affection secondaire. Quand Michel considère la kératite comme le résultat d'une affection vasculaire du cercle ciliaire, apparaissant sous forme d'artérite syphilitique ou de dégénérescence hyaline, fonde-t-il cette opinion sur des analogies ou sur des examens anatomiques.

De nouveaux examens montreront si la kératite parenchymateuse est toujours secondaire ; mais il n'est pas douteux que dans l'immense majorité, le tractus uvéal est pris, soit consécutivement à la kératite, soit pendant la maladie ou même avant.

Les maladies de la sclérotique et du tractus uvéal, malgré les mêmes symptômes cliniques, étant dues à toute une série de causes différentes, il est très peu vraisemblable que pour la kératite il n'y ait qu'une seule cause, la syphilis. On sait en effet que dans les publications sur le sujet qui nous occupe le rôle principal est donné au conflit qui existe sur la théorie d'Hutchinson. Si on consulte les différents travaux, on voit que l'importance de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse qui a été d'abord for-

tement contestée, du moins en tant que cause directe (Panas, V. Hasner, Stellwagg, Manz, Zeissl), a été presque complètement reconnue plus tard. M. Panas, dans son *Traité des maladies des yeux*, attribue un rôle important à la syphilis. Sur ce point, il existe entre les auteurs une concordance presque parfaite. Il est également admis presque universellement que la kératite parenchymateuse n'est que rarement due à la syphilis acquise.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La pathogénie de cette affection est actuellement très discutée et très difficile à élucider. Notre maître, M. le professeur Panas, admet comme cause la déchéance de l'organisme produite par la syphilis. Il lui a donné le nom depuis longtemps déjà, en 1871, de *kératite cachectique*, attendu que la plupart des individus qui en sont atteints n'offrent pas les signes apparents de la scrofule, mais ceux de la maladie cachectique par excellence, le rachitisme, la conformation spéciale des dents indiquée par Hutchinson, qui cependant est assez rare. Disons toutefois que chacun a vu des cas de kératite parenchymateuse avec un bon état général. M. le professeur Fournier voit dans cette kératite un trouble de nutrition. D'après les expériences de Wagenmann, Koster, il s'agirait de troubles de la circulation. Etant donné la tendance de la syphilis à produire des lésions vasculaires, celles-ci peuvent être considérées avec probabilité comme l'intermédiaire entre la syphilis et la kératite. Quels sont les vaisseaux malades : ceux du cercle ciliaire, comme le veut Michel, ou ceux de la partie antérieure du tractus uvéal ; c'est une question qui n'est pas résolue.

Grâce à une connaissance plus complète de la syphilis héréditaire on doit combattre l'opinion des auteurs qui veulent rendre celle-ci exclusivement responsable de la kératite parenchymateuse. Parmi les auteurs qui adhèrent complètement ou presque complètement à cette opinion, il faut citer : Hutchinson, Williams, Mooren, Nettleship, Juler, Leplat, Abadie, Rabl, Trousseau, Hirschberg, Chibret, Fuchs et quelques autres.

Hirschberg dit dans son nouveau travail : « que de toutes les affections oculaires ayant comme origine la syphilis héréditaire, cette ma-

ladié est la plus fréquente ; on doit se méfier de la confondre avec une vieille forme qui n'est ni spécifique ni scrofuleuse. » Il nomme cette kératite *panophtalmie spécifique*.

La statistique de Ancke, faite à sa clinique, ne prouve pas d'une façon suffisante la valeur de l'opinion d'Hirschberg. Ce dernier rapporte une observation intéressante dans laquelle il s'agit d'un phthisique chez lequel la kératite parenchymateuse a été le prélude d'une hémoptysie mortelle.

Ancke trouve sur 100 cas, 37 fois la syphilis certaine, 24 fois douteuse. L'assistant d'Hirschberg aurait trouvé 61 0/0 de cas où il y aurait eu syphilis ; mais il resterait encore 39 0/0 de cas où on n'a pu la rencontrer. Sœmisch trouve 62 0/0 ; Michel 53 0/0 ; Mauthner 80 0/0 ; Horner 64 0/0. A l'université de Berlin, Silex sur 200 malades a trouvé 83 0/0 de syphilis héréditaire.

Personne, dit Von Hippel, n'a constamment trouvé la syphilis dans toutes ses observations ; mais parce qu'elle se rencontre dans un grand nombre de cas il en résulterait que les autres cas 30 à 50 0/0 environ où plus auraient la même étiologie. C'est une erreur de raisonnement qui tient à ce qu'on s'est habitué trop souvent à considérer la syphilis comme la seule et unique cause étiologique vraiment prouvée. Il n'y a aucun doute que les autres causes, et en particulier la tuberculose, la malaria, la goutte n'ont pas été assez cherchées. Un certain nombre d'auteurs, entre autres Jacobson, Schweigger, Deutschmann, disent avoir observé des kératites parenchymateuses où la syphilis pouvait être sûrement exclue. Nous même avons observé un assez grand nombre de cas, dont nous rapportons les observations à la fin de ce travail, où la syphilis héréditaire ou acquise paraissait absolument hors de cause.

CHAPITRE V

Kératite parenchymateuse et syphilis acquise. — Réinfection syphilitique.

La syphilis acquise peut également provoquer, quoiqu'exceptionnellement, l'apparition de kératites parenchymateuses.

C'est Desmazes (1) qui en a publié les premières observations. Il cite plusieurs cas de MM. Fournier et Galezowski et deux qui lui sont personnels. Lacombe (2) en cite 6 cas, Alexander 13, Haltenhoff 3, et Rable 3 également.

M. Panas accepte, quoique rare, la syphilis acquise comme cause étiologique de la kératite parenchymateuse. Il en cite 37 cas dans son *Traité d'ophtalmologie*. MM. Galezowski, Parinnaud, Trousseau, Valude, Trantas, de Constantinople, en ont publié plusieurs cas depuis. Nous-même en avons observé un cas dont nous rapportons plus loin l'observation.

M. Trousseau a recueilli sur cette question 10 observations des plus probantes, M. le Dr Millée en a également rapporté une observation à la séance du 9 février 1895 de la Société de médecine de Paris.

M. A. Terson a observé un cas typique unilatéral chez une femme qui avait eu la syphilis 8 ans auparavant. La guérison avec quelques néphélions a été obtenue en 5 mois par les injections de biiodure et d'iodure. Il y avait une légère iritis.

Cette kératite paraît plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur les 11 cas rapportés par M. Trousseau, celui de M. Millée compris, il y avait 8 femmes et 3 hommes. La kératite hérédo-syphilitique semblerait de même plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

(1) DESMAZES, Thèse Paris, 1874.

(2) LACOMBE, Thèse Paris, 1879.

Mais cette kératite de la syphilis acquise, contrairement à ce qu'on rencontre dans celle due à la syphilis héréditaire serait presque toujours unilatérale (9 fois sur 11, D^r Trousseau).

Les récidives seraient également très rares dans cette forme.

C'est presque toujours entre la fin de la première année après l'infection et le commencement de la troisième que naissent les accidents cornéens.

Le début de cette variété de kératite est insidieux ; la cornée ne s'opacifie que lentement, et les phénomènes réactionnels ne sont que modérés pendant la période d'état. M. Trousseau n'a jamais vu cette pénible photophobie, ce larmoiement intense et cette vive infection qu'on rencontre souvent dans la kératite de la syphilis héréditaire. La cornée ne se vascularise pas, ou elle ne se vascularise que sur une faible étendue, et le retour à la transparence s'effectue assez vite.

La durée est moins longue que dans celle de la syphilis héréditaire. De plus, la cornée se prend moins souvent en totalité : la kératite reste quelquefois partielle. L'iris est toujours pris assez violemment, et le corps vitré se remplit d'une fine poussière ; la choroïdite existe très souvent. Le dernier phénomène qui persiste après le retour de la cornée à la transparence est l'hyalitis.

Le traitement mercuriel agit mieux sur cette lésion cornéenne que dans la kératite hérédo-syphilitique.

La guérison de ces 11 cas de kératites dues à la syphilis acquise et suivis par M. Trousseau a été obtenue, d'après cet auteur, en une période de temps variant entre cinq semaines et 3 mois. C'est une durée plus courte que celle des cas héréditaires, même favorables.

M. Trousseau rapporte le cas d'un enfant de huit ans qui, infecté par sa nourrice, c'est donc un syphilitique acquis, fut pris d'une double kératite parenchymateuse des plus graves et des plus longues, affectant l'allure des mauvaises parmi les kératites héréditaires.

En général, on ne compte que 2 à 3 0/0 des cas de kératite parenchymateuse observés qui seraient dus à la syphilis acquise.

Un argument qui présente une grande valeur sur ce point spécial

est la possibilité pour un sujet considéré comme hérédospécifique ou possédant les stigmates d'Hutchinson de contracter la syphilis.

Nous croyons intéressant de rapporter à ce propos le cas du D^r Le Pileur, cas qu'il a eu l'occasion d'observer il y a quelques années d'un sujet nettement hérédosyphilitique qui contracta la syphilis (1).

Voici cette observation :

En 1876, je fus appelé, dit-il, auprès d'une dame anglaise atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Dans le cours de la maladie qui évolua simplement et sans complications graves, ma cliente me fit, sur ses antécédents, les confidences suivantes :

Mariée à 19 ans, en 1865, à un de ses compatriotes, elle avait fait une fausse couche quatre mois après son mariage. Le médecin qui la soignait lui fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium, mais pas assez secrètement pour l'empêcher de se douter de quelque chose et ne tarda pas à apprendre que son mari était syphilitique avant son mariage.

Elle redevint enceinte en 1866 et accoucha d'un enfant à terme, vivant encore actuellement. Je dois dire de suite que, si j'ai à nombreuses reprises fait suivre des traitements mercuriels et iodiques à ma cliente, cela a été bien plus par le fait d'une extrême prudence et pour ne pas heurter une dose assez prononcée de syphilomanie que par nécessité absolue, car la santé était bonne et sauf des accidents hystériques fréquents, je n'ai jamais pu constater sur elle la moindre trace de syphilis.

Il n'en était pas de même de son mari que je vis pour la première fois en 1877 et qui avait à cette époque des gommès de la jambe et des syphilides tuberculeuses du tronc et des cuisses. Celui-ci me raconta qu'il avait contracté la syphilis à 30 ans, qu'il avait cru pouvoir se marier cinq ans après et qu'il avait continuellement des manifestations plus ou moins fortes de son mal. Alcoolique renforcé il se soignait, de plus, d'une façon fort irrégulière. Je le revis encore une ou deux fois à de longs intervalles, car il venait rarement à Paris et pour en finir avec lui, j'appris qu'il était mort à 63 ans d'accidents cérébraux qui, d'après la description qui m'en fut faite, je crois pouvoir rapporter à une attaque de delirium tremens.

L'enfant, âgé de dix ans en 1876, n'offrait rien d'extraordinaire au premier abord : le corps quoique assez bien proportionné n'avait pas les dimensions en rapport avec l'âge, c'était un enfant petit ; mais en examinant la tête et la face, on était frappé de la petitesse du crâne et de l'hébétude ainsi que de la niaiserie de la physionomie. Un front étroit, un nez fortement retroussé, une bouche constamment entr'ouverte,

(1) LE PILEUR, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1896.

suffisaient à lui donner ces caractères qui, je me hâte de le dire, étaient dus en partie, probablement à des végétations adénoïdes qu'on n'opérerait pas alors et qui devaient contribuer à donner à l'enfant, perpétuellement enchâssé, un semblable aspect.

En examinant la bouche, on était frappé de l'étroitesse de la voûte palatine, du microdontisme, de l'irrégularité des dents, de leurs stries de leurs érosions. Il n'y avait pas là à proprement parler de dents d'Hutchinson, mais il était évident que des troubles trophiques considérables avaient dû se produire probablement *in utero* puisque dans la première enfance on n'avait remarqué chez lui, ni convulsions ni maladie grave.

Comme signes subjectifs, l'enfant était triste, taciturne, très en retard comme instruction, d'une intelligence peu développée, quoiqu'ayant parfois des réparties originales. D'un entêtement presque maladif, il était sujet à des colères effroyables, donnant lieu à des crises presque épileptiformes.

Cependant j'aurais simplement rapporté tous ces phénomènes d'une part au rachitisme, de l'autre à l'alcoolisme du père et à l'hystérie de la mère, si les parents tous deux de belle taille, sans être géants, tous deux remarquablement intelligents, m'avaient paru capables de donner le jour à un produit aussi partiellement imparfait, sans y avoir été amenés par une cause très grave. Or, cette cause, je l'avais : c'était la vérole existant d'une façon non douteuse et pré-conceptionnelle ; aussi n'hésitai-je pas, je l'avoue, à considérer mon client comme un hérédosyphilitique.

Pendant près de dix ans, je ne le perdus pas de vue et le soignai pour des maladies de l'enfance : scarlatine, rougeole, varicelle, trois angines herpétiques. En dehors de cela aucune maladie grave, mais des céphalées très fréquentes qui disparurent avec la puberté survenue à 15 ans. En 1886 le jeune homme retourna en Angleterre et je ne le revis plus qu'en 1895.

Il vint me consulter pour une plaie de la verge, que le médecin de campagne voisin de sa propriété ne pouvait guérir. Comme j'étais toujours resté en relations de correspondance avec sa mère, celle-ci lui avait conseillé de venir me trouver et il n'avait pas hésité à faire le voyage et même à s'installer en France pour se soigner.

Avril 1895. — Le sujet a maintenant 29 ans. Il est d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assez bien proportionnée. La face a toujours son même air hébété causé par la bouche presque toujours entr'ouverte. A peine quelques poils follets aux joues et à la lèvre supérieure (le père avait une barbe superbe). L'intelligence s'est développée sans doute, mais à part l'originalité d'esprit que j'ai signalée dans l'enfance et qui a persisté, il y a une certaine niaiserie et une naïveté dans les discours qui permettent de classer le sujet parmi les faibles d'esprit. Il est emphatique, méticuleux à l'excès, prend des no-

tes sur tout, exige qu'on mette les points sur les i avec une insistance et une répétition désespérante.

La bouche et les dents dont je présente le moulage sont tels que je les ai vus à l'âge de dix ans, avec la différence qu'ont pu leur donner vingt années de plus.

Les poils du pubis sont peu fournis ; à droite et à gauche ganglions inguinaux et indolents.

Dans le sillon balano-préputial à droite, *chancre* infectant type de 3 centimètres d'étendue à partir du frein, occupant tout le sillon, envahissant une partie de la couronne du gland et la face interne de ce qui reste du prépuce (le sujet a été circoncis il y a vingt ans).

Roséole papulaire sur tout le tronc, discrète sur les cuisses et sur les bras, angines spécifiques, plaques linguales et latérales. Céphalée intense, tristesse morne, se croit perdu.

Le coït infectant remonte au commencement de février et le malade est bien certain de ce qu'il avance, car ses appétits génésiques sont très faibles, il a toujours eu grand'peur des femmes, peur de lui-même, c'est-à-dire de rester en affront et n'ayant eu aucun rapport depuis celui-là, il ne peut, d'autre part incriminer le précédent, qui remonte au mois d'octobre. Ce chancre est apparu au mois de mars.

Le malade guérit rapidement, par les injections d'huile grise, des symptômes les plus pénibles, céphalée et angine. Ce chancre mit encore près d'un mois à disparaître. Dans l'automne de 1895 le malade eut encore une nouvelle poussée à la langue et aux lèvres, quoique n'étant pas fumeur. Actuellement, vingt et un mois après l'infection, tout a disparu, et c'est par raison que le traitement périodique est continué.

De cette observation il semble se dégager deux alternatives :

1° Ou bien la syphilis peut être contractée par un hérédo-syphilitique ;

2° Ou bien les produits de syphilitiques peuvent subir des malformations que M. le Dr Fournier a si bien qualifiées de *parasyphilitiques*, malformations qu'on aurait appelé autrefois du *rachitisme syphilitiques* et qui ne dispensent en aucune façon le sujet d'être apte à contracter la syphilis. C'est à cette dernière manière de voir que je me range (Le Pileur).

La communication de M. Le Pileur, ajoute M. Fournier, me fait le plus grand plaisir parce qu'elle me semble confirmer ce que j'ai dit souvent, à savoir que ces *stigmates* ne sont pas réellement des lésions syphilitiques : c'est de la parasyphilis. La preuve, c'est que

les sujets chez lesquels on les constate peuvent parfaitement prendre la syphilis.

Si la syphilis, récemment acquise s'est déclarée sur un sujet présentant bien les symptômes parasymphilitiques par hérédité, l'infection sera-t-elle atténuée ou sera-t-elle aussi grave par la suite que si le terrain avait été tout à fait indemne de toute influence spécifique ?

Dans un cas analogue de M. Fournier, la syphilis a été très grave.

Les cas de réinfection syphilitique, quoique rares, sont admis maintenant par beaucoup d'auteurs. Citons parmi ces cas, ceux observés par Clemente (1), par Aschner (2), par Mracek (3). Ce dernier en rapporte deux cas très typiques. Chez son premier malade, la réinfection syphilitique survint après dix ans d'intervalle. La seconde attaque fut plus sérieuse que la première, et il y eut une récurrence grave au bout de six mois sous forme de syphilide pustuleuse. Fitzgibbon (de Dublin) en rapporte un cas semblable observé en 1886. A. Bernard (de Liverpool) soigna un sujet pour la syphilis en 1876 et le revit en 1890 avec un chancre induré situé à la face interne du prépuce, suivi d'adénopathies inguinales droites. Budugoff Budugian a observé un homme âgé de 41 ans, atteint d'un chancre en novembre 1893, puis de roséole. Ce sujet avait eu un chancre induré en 1868 suivi d'une angine et de roséole (Vratch, n° 13, 1894, *Prov. med. Journ.*, 1^{er} juin 1894) ; Ogilvie (de Londres) en rapporte également un cas très net.

(1) Contributo al problema della reinfezione sifilitica (*Giornale italiano delle malattie venerer e della pelle*, septembre 1895, p. 353.

(2) *Société hongroise de dermatologie*, 9 janvier 1896.

(3) Ueber reinfectio syphilitica (*Wien. klin. Rundschau*, 1896, p. 17, 36 et 53).

CHAPITRE VI

Kératite parenchymateuse chez les animaux.

D'après Ogilvie et Pflüger et d'après les observations de MM. Gley, Rochon-Duvigneaud et A. Terson, on a observé un processus analogue à cette kératite chez les animaux que l'on considère comme réfractaires à la syphilis. Haltenhoff a décrit cette affection chez les chiens, Rayer chez le cheval, Wagenmann et Hennicke chez l'ours, Pflüger chez les chèvres. Les observations de Wagenmann chez les ours et celles de Pflüger chez les chèvres sont intéressantes, parce qu'il s'agissait de cas nombreux et épidémiques.

A Sofia, on avait observé chez les ours une épidémie caractéristique de kératites parenchymateuses.

L'autopsie n'a donné aucun renseignement sur l'étiologie.

En examinant histologiquement ces yeux, Wagenmann a pu reconnaître à Iéna une grande concordance de ces lésions-là avec celles qui se produisent chez l'homme. Et même dans la partie antérieure du tractus uvéal, a pu démontrer des lésions très nettes. Comme l'autopsie n'a rien donné de certain, Wagenmann a accepté comme cause de la maladie un trouble de nutrition de la cornée.

Pflüger a observé l'éclosion en masse de cette maladie sur un troupeau de chèvres, qui était affecté d'agalaxie infectieuse, fièvre mycotique rhumatismale. Le troupeau se composait de 30 chèvres, et six seulement ont été épargnées. La maladie commença par une coagulation intra-mammaire du lait et une diminution rapide de la sécrétion. Puis, il se produisit une kératite diffuse et une ou deux semaines plus tard des localisations articulaires. Sur les 24 bêtes atteintes de cette maladie 11 ont été atteintes bilatéralement. Il est intéressant de constater que dans ces différents cas la kératite a été produite par

une maladie infectieuse. Chez les chiens de Jøgger, chez les chèvres de Pflüger, chez les lapins de Leber on a remarqué une forte pigmentation de la cornée. Wagenmann a vu cette pigmentation dans une kératite parenchymateuse produite artificiellement par la section des vaisseaux.

Comme ces animaux ont une certaine pigmentation dans le limbe, il est plus rationnel d'expliquer ce phénomène par une hypertrophie des cellules pigmentaires. Von Hippel donne à penser qu'après une production de sang dans la chambre antérieure, il s'est fait une pigmentation hémato-gène des couches profondes de la cornée.

MM. Gley et Rochon-Duvigneaud rapportent dans les *Archives de physiologie* de 1894 plusieurs cas d'altérations oculaires chez les chiens thyroïdectomisés, altérations oculaires dont les principales ont été des kératites parenchymateuses. Cette altération a été observée sur trois chiens. Le premier était un jeune chien, du poids de 9 kilogrammes, sur lequel avait été pratiquée le 1^{er} février 1893 l'extirpation de la glande thyroïde avec conservation des glandules. Un mois environ après l'extirpation des glandules, faite le 10 mai, il devint cachectique ; c'est le 8 juillet que l'opacité cornéenne a été constatée sur l'œil droit ; le 19 juillet on note un léger trouble sur la cornée du côté gauche ; la cornée droite est complètement opaque. Elle est restée sensible.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un chien d'âge moyen et du poids de 12 kilogrammes, sur lequel l'ablation du corps thyroïde avait été faite d'abord, puis celle des glandules. L'animal, vingt-six jours après la seconde opération, devint abruti, fut pris de vomissements et d'anorexie et mourut paralysé en six jours ; l'opacité de la cornée, à droite, était absolue ; sensibilité de la cornée conservée.

Le troisième cas concerne un petit chien, du poids de 6 kilogrammes, adulte, qui fut thyroïdectomisé le 11 mars 1893. Le 20 mars, il fut pris de vomissements ; on constata aussi quelques secousses musculaires. Le 21, les secousses sont plus fortes ; albumine dans les urines ; traces de sucre ; la cornée, du côté gauche, est opaque ; dans l'après-midi, contraction violente de tous les muscles. Le même jour on lui fait une injection intra-péritonéale de liquide thyroïdien,

après laquelle il se rétablit. Le 23, les accidents convulsifs reparaissent, ainsi que l'albumine dans les urines ; sur l'œil droit on constate un peu d'opacité. Le 24, l'opacité des deux cornées est absolue. La sensibilité est conservée, quoique un peu diminuée peut-être. Le 27, examen bactériologique pratiqué par M. Charrin, de la sérosité recueillie dans les culs-de-sac conjonctivaux. Cette sérosité a donné des cultures presque pures de *staphylococcus albus*. L'animal meurt le 29.

Quant aux cornées de ces animaux, devenues rapidement opalescentes, elles étaient bientôt d'un blanc opaque comme de la porcelaine ; l'opacité était plus marquée au centre que vers la périphérie où existait encore un peu de translucidité. A l'éclairage oblique, on apercevait les stries perpendiculaires les unes aux autres. C'était en somme l'aspect de la kératite interstitielle chez l'homme. Cependant, dans aucun de ces cas il n'y a eu de vascularisation.

Les yeux des animaux atteints de cette altération cornéenne ont été recueillis tout de suite après la mort et placés immédiatement dans le liquide picro-chromique de Baumgarten. Deux seulement ont été soumis à l'examen microscopique.

La cornée présentait une infiltration cellulaire dont le maximum se trouvait dans les couches superficielles de la membrane dont le centre, du reste, était plus fortement infiltré que les parties périphériques ; point de vaisseaux de nouvelle formation.

Les cellules infiltrées dans la membrane sont des leucocytes. La chambre antérieure est remplie par un exsudat fibrino leucocytaire, déposé surtout à la surface de l'iris de la membrane de Descemet dans l'angle irien, entre les trabécules du ligament pectiné.

Il n'y a pas d'iritis proprement dite ; nulle synéchie ; aucune infiltration cellulaire de l'iris. Mais les vaisseaux iriens renferment plus de leucocytes que normalement.

Les vaisseaux intra-scléraux, le canal de Schlemm et le plexus n'offrent rien d'anormal.

Il s'agit en somme d'une kératite interstitielle par infiltration leucocytaire. Quant à l'origine de ces leucocytes cornéens, elle est

difficile à déterminer, ceux de la chambre antérieure paraissant provenir des vaisseaux iriens.

Quelle est maintenant la pathogénie de cette kératite ? Sont-ce là des troubles trophiques, ou bien l'animal, en raison même de l'affaiblissement général dans lequel il tombe du fait des accidents consécutifs de la thyroïdectomie, subit-il simplement une infection accidentelle ?

C'est le cas de rappeler ici que les enfants atteints de kératite interstitielles sont généralement des hérédos-syphilitiques, et aussi quelquefois de simples strumeux.

En 1894, à la Société de biologie, M. Gley rapporte de nouveau avec M. Terson un cas de kératite interstitielle survenue chez un chien diabétique à la suite de l'extirpation du pancréas. L'animal, depuis 3 mois, éliminait de 70 à 110 grammes de glycose par jour et avait énormément maigri. Il s'agissait donc d'un diabète très grave. Il se produisit alors une double kératite d'abord diffuse ; d'un côté l'opacité s'est peu à peu centralisée et est devenue kératoconique, dépolie par suite de la chute de l'épithélium, sans véritable ulcération, et se laissant déprimer par le contact du stylet, de l'autre côté, les lésions ont été moins marquées, il ne s'est formé qu'une nébulosité centrale. Les parties qu'abandonnait peu à peu l'opacité sont redevenues transparentes.

Après la mort de l'animal ses yeux ont été enlevés et placés pour les faire durcir dans le liquide de Baumgarten. Les résultats des examens microscopiques ont été de tous points comparables à ceux déjà décrits par MM. Gley et Duvigneaud sur les chiens thyroïdectomisés. Sur les deux yeux on a constaté une infiltration cellulaire abondante, il n'y a pas eu formation de vaisseaux à l'intérieur de la cornée. Le centre des cornées était la région la plus envahie par les leucocytes. Pas d'iritis. La chute de l'épithélium cornéen d'un côté semble secondaire et il s'agit d'une kératite interstitielle à tendance bilatérale d'emblée.

La conservation de la sensibilité et la marche régressive de la lésion éloignent l'idée d'une kératite neuro-paralytique. Il s'agit d'une kératite parenchymateuse survenant chez des animaux cachectisés,

intermédiaire comme variété aux formes de kératite interstitielle des hérédo-syphilitiques, des individus frappés de dénutrition que l'on a nommés *kératites cachectiques* (Panas) et à la kératomalacie qu'on observe chez les enfants dans un très mauvais état général, épuisés par les diathèses, les diarrhées violentes, l'athrepsie. Dans cette affection, l'opacité généralisée est surtout localisée au centre de la cornée. Il y a peu de symptômes irritatifs, mais il y a souvent un état de sécheresse de la conjonctive et un défaut de sensibilité de la cornée qui diffèrent des troubles dont nous parlons.

Néanmoins, en résumé, kératite interstitielle d'origine cachectique sans néoformation vasculaire, telle a été la lésion présentée par cet animal.

Comme on le voit par ces faits de pathologie expérimentale, la kératite parenchymateuse semble bien être le résultat d'un affaiblissement de la constitution, d'une certaine usure des forces, et que cet ensemble de circonstances constitue le terrain le plus propre au développement de la maladie.

CHAPITRE VII

Tuberculose et kératite diffuse.

La tuberculose joue un grand rôle dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse. Rachet a observé un cas où quatre mois après une kératite parenchymateuse il s'est formé un abcès sur la cornée, abcès qui était d'origine tuberculeuse.

D'après un cas examiné anatomiquement par Von Hippel et d'après les communications de Burstenbinder, Zimmermann, Albrandt, Bach suppose que la kératite parenchymateuse typique peut être déterminée par l'apparition de petits tubercules dans le ligament pectiné ou sur la limite de la cornée et de la sclérotique. Il cite deux cas cliniques : le premier présentait une kératite parenchymateuse qui s'est terminée par une iritis et par plusieurs tubercules sur les différents points du ligament pectiné. L'enfant était tuberculeux, dans le second cas, il s'est également formé des tubercules dans le ligament pectiné. Burstenbinder donne trois cas dans lesquels la kératite parenchymateuse était diagnostiquée par l'état général et les tubercules apparus dans l'iris.

Comme vrai cas de tuberculose il faut citer celui de Michel qui présentait une kératite parenchymateuse avec iritis. Le malade était phthisique. Les opacités de la cornée avaient en partie la forme de petites nodosités. Il n'y avait aucun signe de syphilis.

Sur 26 cas rapportés par Von Hippel dans son travail, il y en a 8 dans lesquels la syphilis paraissait probable. *Dans les autres 18 cas, c'est la tuberculose qui était la cause de l'affection.*

Du reste, il est possible de voir une affection tuberculeuse de l'œil, survenir chez un individu syphilitique héréditaire. Le cas bien connu de Perls en est une preuve : Il s'agissait d'un enfant d'un an et demi, le père était syphilitique. Il avait été atteint d'accidents secondaires

et d'une gomme du testicule. L'enfant avait dans la première année de sa vie souffert de catarrhe des bronches et des intestins, mais il ne montrait pas de signes de syphilis. Le 15 octobre 1873 apparut une kérato-iritis, une grande nodosité dans l'iris, un foyer jaune dans la cornée et une opacité de cette cornée. Les frictions ne modifièrent pas l'état de l'œil. L'état général resta pendant quelque temps satisfaisant. Le 18 novembre apparurent des crampes, le 21 il était mort. A l'autopsie, on trouva une tumeur dans le cervelet et le bulbe. Dans le hile du poumon droit un paquet de ganglions caséeux avec des foyers suppurés ; et une pneumonie caséuse du lobe supérieur du côté droit. Il existait des foyers miliaries dans la rate et le foie. La recherche microscopique démontra la présence de cellules tuberculeuses géantes. Le fait est intéressant parce qu'on voit une maladie de nature tuberculeuse chez un individu dont le père était syphilitique, et qui lui-même avait des signes de syphilis héréditaire (une zone irrégulière de prolifération de cartilage sur les côtes et sur le fémur).

Von Hippel a eu la chance d'obtenir pour l'examen microscopique les deux yeux d'un garçon âgé de 15 ans, atteint depuis environ 1 an d'une kératite parenchymateuse et mort subitement d'une laryngite croupeuse. Ce n'est qu'au troisième jour après le décès qu'on lui permit d'enucléer les yeux, mais grâce à la température basse de la saison, les yeux étaient très peu altérés après la mort.

La kératite du malade de M. Hippel s'était distinguée par une marche particulièrement chronique et une faible tendance à l'éclaircissement.

Ce n'est que dans les dernières semaines de la vie qu'une amélioration sensible avait eu lieu.

Il s'agit donc du stade régressif de la kératite parenchymateuse.

Voici ce que l'examen microscopique a révélé :

1° Le tissu de la cornée était fortement relâché. Il existait une vascularisation abondante. De plus, il y avait des infiltrations cellulaires dans les différentes couches de la cornée.

2° Quoique la kératite eût dominé le tableau clinique, l'examen anatomique fit découvrir des altérations dans presque toutes les par-

ties de l'œil, surtout à l'endroit des branches terminales des vaisseaux ciliaires.

3° Certains foyers présentaient absolument la structure tuberculeuse : ils contenaient des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

L'auteur penche donc à admettre pour ce cas une tuberculose atténuée (Leber), forme de tuberculose qui peut guérir sans destruction des tissus. Bien qu'à l'autopsie on n'eût pas trouvé d'autres affections d'origine tuberculeuse, sauf peut-être quelques adhérences de la plèvre, M. Hippel croit trouver un appui pour sa manière de voir dans le fait que la mère de son malade est morte de tuberculose et qu'un de ses frères était atteint d'une arthrite tuberculeuse.

« D'après M. Panas (1) l'endo-infection bacillaire n'exerce son action sur la cornée que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du tractus uvéal, qui en est le siège de prédilection. D'après des observations modernes, bien des kératites interstitielles réputées hérédosyphilitiques semblent reconnaître l'origine tuberculeuse. D'une façon générale on peut dire que toute kératite parenchymateuse ou profonde d'emblée, est diathésique, contrairement à celles qui débutent par la superficie et comme telles dérivent d'infections directes par voie externe. »

Mentionnons à ce propos les intéressantes recherches que firent M. le professeur Panas et son chef de laboratoire Vassaux, en 1885 (2) sur la tuberculose de la cornée. D'après eux, la tuberculose de la cornée, spontanée aussi bien qu'expérimentale, revêt la forme de certaines kératites dites strumeuses profondes ou réputées telles. Pour juger le débat, l'argument tiré de la non-généralisation du tubercule dans les autres parties de l'œil et au reste de l'organisme, n'aurait plus de valeur. Car, d'après ces auteurs, l'inoculation de tubercule dans la cornée peut guérir, comme cela a lieu pour d'autres tuberculoses locales (testicule, articulations, os, tissu cellulaire et même poumon).

(1) PANAS, Rapport sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. *Congrès d'ophtalmologie*, 1897.

(2) PANAS et VASSAUX, Etude expérimentale sur la tuberculose de la cornée. *Archives d'ophtalmologie*, 1885.

Dans l'ordre étiologique Von Hippel classe à côté de la syphilis la tuberculose du cercle ciliaire et de l'iris, puis le rhumatisme chronique, la goutte, la malaria, accessoirement le diabète et l'influenza. Il insiste sur la fréquence non négligeable des lésions qu'on observe à l'ophtalmoscope, après l'éclaircissement de la cornée, vers la limite antérieure du tractus uvéal, et dont le trouble cornéen ne serait, d'après lui, qu'une conséquence ; ainsi que cela s'observe du reste pour la scléro-choroïdite antérieure et certaines hydrophthalmies congénitales.

La tuberculose est après la syphilis une des causes productrices les plus importantes de la kératite parenchymateuse. Mackensie l'avait déjà remarqué et lui avait donné le nom de cornéite scrofuleuse.

Quant à la fréquence de la tuberculose dans cette étiologie les avis sont partagés.

Michel, Bongartz, Bach, Strubbell, Burstenbinder, Wagenmann, Vossius et Von Hippel, ce dernier surtout, ont récemment insisté sur l'importance de la tuberculose dans l'étiologie de cette kératite. Et comme on l'a vu plus haut, Von Hippel a eu l'occasion d'examiner anatomiquement un cas dans lequel cette origine tuberculeuse était probable.

Ces cas dans lesquels on rencontre la tuberculose, sont rarement aigus et bilatéraux et ils rétrocedent difficilement, même après une inflammation violente de plusieurs semaines. Ils commencent insidieusement et ne deviennent jamais bien aigus. Mais ils durent longtemps et laissent des lésions permanentes de l'œil. Ils sont la plupart du temps unilatéraux. Et ces cas-là ne sont pas très rares, si l'on a soin de bien examiner les malades.

Pour notre part, nous avons observé plusieurs kératites parenchymateuses dont l'origine tuberculeuse nous semble très nette. Nous en rapportons du reste les observations à la fin de ce travail.

La tuberculose joue donc, dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse, un rôle beaucoup plus important que celui qu'on lui attribue généralement.

Quant aux affections articulaires qui peuvent se rencontrer au

cours de la kératite parenchymateuse, quelquefois elles la pr c dent, d'autres fois elles la suivent, ou lui sont isochrones. Mackensie dit qu'il a vu plusieurs fois au cours d'une kératite tuberculeuse un épanchement de la bourse séreuse qui se trouve au-dessous du tendon de l'extenseur crural.

Hutchinson a trouvé sur 102 cas trois seulement d'inflammation des articulations du genou, deux cas de gonflement de l'articulation, un cas d'ankylose.

Forster est d'avis que les inflammations séreuses qui atteignent surtout l'articulation du genou ne sont accompagnées ni de douleur, ni de fièvre, qu'elles ne produisent jamais de gonflement considérable de la partie fibreuse ou de la tumeur blanche, et qu'elles c dent à l'iode de potassium au bout de 5   6 semaines.

Ces inflammations de l'articulation sont considérées comme spécifiques par Horner, Leplat, Hirschberg, Alexander, Ogilvie, Fuchs, Schwabs ; ce dernier les a trouvées dans les proportions de 14 0/0 parmi ses cas. Hutchinson dit en 1887 : « La kératite existe souvent ensemble avec une synovite chronique dans une ou plusieurs des grandes articulations. Plus souvent c'est l'articulation du genou qui est prise. On y voit un épanchement assez abondant, qui dure plusieurs semaines et qui est rarement suivi de douleur. L'exsudat se résorbe avec le temps et l'articulation reste libre. »

Maynard décrit un cas dans lequel le sujet syphilitique héréditaire qui souffrait d'une kératite parenchymateuse était frappé d'un épanchement dans l'une des articulations du genou, et après dans l'autre, pendant que la température est devenue élevée. Les ligaments étaient très tendus ; les mouvements douloureux. Au bout de 9 mois on a constaté de la fluctuation dans l'articulation. D'après Maynard il s'agissait ici d'un rhumatisme subaigu.

D'après Monastirsky les affections articulaires syphilitiques peuvent être confondues avec des affections tuberculeuses, puisque les nodosités gommeuses qui se trouvent dans les ligaments et les synoviales ne sont pas toujours macroscopiques, mais prennent une forme miliaire.

Il est difficile par le tableau clinique de distinguer les affections

articulaires d'origine syphilitique de celles qui ont pour cause la tuberculose.

Leber cite trois cas de kératite parenchymateuse avec des douleurs articulaires : l'un était un rhumatisme articulaire avec complications cardiaques ; le second malade avait souffert plusieurs semaines d'une polyarthrite et plus longtemps encore d'une hydropisie ; il n'y avait pas de signes nets de syphilis ; le troisième cas plus important, se trouve dans la pathologie des maladies articulaires de Riedel : un enfant, âgé de 15 ans, scrofuleux, avait en 1876 une hydropisie dans l'articulation du genou droit. Il était guéri. En 1877, il fut atteint d'une autre hydropisie dans le genou gauche ; il était soigné en même temps pour une kératite parenchymateuse. Vers le 19 octobre 1877, l'épanchement était assez abondant, mais une forte compression le faisait disparaître. Le 24 novembre, on constatait chez lui de nouveau du liquide et un épaissement général de la synoviale. Le 4 décembre, on fit une incision sur la partie externe et interne de l'articulation. La synoviale était rouge pourpre, gonflée. Dans l'intérieur on trouva une épaisse membrane blanche. Dans le liquide, il y avait des corpuscules. La synoviale, extirpée du point le plus gonflé avait la structure suivante : l'endothélium était presque intact là où la fibrine pouvait être éloignée facilement, tandis que sur les autres points, la couche cellulaire était adhérente à la fibrine. Entre les deux couches, on distinguait de petites cellules rondes, colorées par l'hématoxyline. Le volume de ces groupes cellulaires expliquait la présence des tubercules. On lui fit le traitement. En 1879, il se portait bien. Dix-huit ans après, il écrivait que son état était tout à fait satisfaisant. Ce malade avait de bonnes dents, la rate et le foie n'étaient pas augmentés de volume.

Arlt a observé dix fois au cours de kératites parenchymateuses des affections articulaires chez des sujets qui n'étaient pas syphilitiques.

Dans le cas rapporté par Burstenbinder il existait une kératite parenchymateuse et un gonflement de l'articulation du genou chez un individu tuberculeux, et non syphilitique.

Von Hippel rapporte également plusieurs cas où la kératite

coexistait avec des affections articulaires, et dans lesquels c'était la tuberculose qui était en cause. Dans un de ces cas la kératite coexistait avec un rhumatisme articulaire.

Von Hippel arrive à cette conclusion que dans 30 à 50 0/0 des cas de kératite parenchymateuse, la syphilis n'est pas démontrée.

CHAPITRE VIII

Rhumatisme et goutte.

Leber, Michel, Mackenzie ont signalé l'influence du rhumatisme dans la kératite parenchymateuse. Leber en acité un cas guéri par le salicylate de soude chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu.

M. Panas a vu des kératites parenchymateuses chez des enfants issus de parents gouteux ayant une hydarthrose du genou et qui ont été guéris par le salicylate de soude.

Boquin (1) en cite également trois cas, l'un chez une fillette de 15 ans, atteinte d'hydarthrose du genou ; une autre consécutive à une sclérite chez une fillette rhumatisante dont la mère l'était aussi ; le troisième chez une fillette de 12 ans atteinte de rhumatisme un an avant.

Couzon (2) en publie aussi plusieurs cas dans sa thèse.

Achenbach a décrit récemment un cas de kératite parenchymateuse, observé à l'université de Marbourg, kératite survenue chez un malade de 41 ans qui, depuis trois ans, souffrait de douleurs rhumatismales violentes.

Breuer a cité un cas analogue observé à Giessen.

Richard Greeff a vu plusieurs cas où des personnes âgées avaient des kératites parenchymateuses greffées sur une affection rhumatismale.

En général, ces formes-là sont bénignes.

Ce que Arlt décrit sous le nom de kératite rhumatismale se distingue de notre kératite parenchymateuse ; car après quelques jours elle disparaît. Parinaud, Leplat, Buruma admettent aussi la

(1) Thèse Paris, 1883-84.

(2) Couzon, Thèse Paris.

possibilité d'une kératite parenchymateuse d'origine rhumatismale, M. Fournier également. Kniess dit que la kératite parenchymateuse qui apparaît pendant un rhumatisme articulaire ne se distingue en rien de celle qui a pour cause la syphilis. Le Dr Loukaetis, élève de M. Panas, cite le rhumatisme comme cause de cette affection. M. Abadie paraît avoir observé des cas semblables chez des individus âgés de plus de 30 ans, avec cette particularité que les lames superficielles de la cornée étaient seules infiltrées. Albrand a sur 123 cas de kératite parenchymateuse 12 avec un rhumatisme articulaire net et 18 cas de rhumatisme musculaire. Vossius indique la même étiologie pour cette maladie. Von Hippel en rapporte trois observations avec complications cardiaques.

La goutte peut également provoquer l'apparition de kératites parenchymateuses.

M. le Dr Chevallereau présenta à la Société d'ophtalmologie de Paris en avril 1891 une observation de kératite gouteuse qu'il nous permettra de rapporter ici.

Il s'agissait d'une dame, âgée de 54 ans, qui vint le consulter à la clinique des Quinze-Vingts, se plaignant d'un trouble de la vue, qui remontait à une dizaine d'années déjà et pour lequel elle n'avait jamais demandé aucun soin. Il ne paraissait pas y avoir eu chez elle, d'ailleurs, la moindre douleur ni le moindre phénomène inflammatoire, et elle attribuait simplement à son âge et à divers troubles généraux cet affaiblissement de la vue.

A l'examen direct, on distinguait à la partie centrale de chaque cornée et un peu plus sur l'œil droit que sur l'œil gauche de petites taches blanchâtres ayant de $1/2$ à 1 millimètre $1/2$ de diamètre, très irrégulièrement arrondies, munies de prolongements de même couleur dont quelques-uns servent à établir entre ces taches des sortes d'anastomoses. On voit en outre plusieurs lignes blanchâtres d'une largeur d'un demi-millimètre environ et s'anastomosant également entre elles ou avec les taches voisines. Ces taches se voient uniquement au centre de la cornée et n'occupent guère que le champ pupillaire, le pourtour de la membrane est absolument transparent.

A l'éclairage oblique, on voit très nettement que la couche épithéliale de la cornée est restée intacte; cette infiltration paraît siéger uniquement dans la lame élastique antérieure et dans la substance propre de la cornée sans aller jusqu'à sa face profonde.

Il n'y a aucune autre lésion oculaire; il n'y a aucune trace d'inflammation quelconque du côté des autres membranes, les milieux sont

parfaitement transparents ; on ne peut signaler qu'un développement assez considérable du diamètre des veines de la rétine. Il y a une hypermétropie d'une dioptrie $1/2$ et avec des verres $+ 2$. Mme N... voit encore nettement à lire de fins caractères, quoiqu'il reste un nuage sur tout ce qu'elle regarde.

A première vue, il s'agissait là d'une affection diathésique. Mme M... n'a jamais eu d'affection oculaire et n'a jamais employé ni collyre, ni solution et, d'autre part, l'aspect blanchâtre de ces concrétions donne assez bien l'idée des dépôts d'origine gouteuse. Il y a cependant une restriction à faire au point de vue d'une syphilis possible.

Réglée à 11 ans, mariée à 16 ans $1/2$, Mme M... a eu quatre fausses couches au moins, à 18, à 23, à 25 et à 26 ans, les premières à six semaines de grossesse, la dernière à quatre mois. Elle n'a jamais eu d'enfant à terme ; ces avortements répétés font songer à la syphilis, mais nous n'avons trouvé absolument aucun autre symptôme de cette affection.

L'arthritisme au contraire est bien évident chez cette femme et poussé à un point tel, que son influence serait certainement prépondérante. Depuis l'âge de 26 ans, elle a eu de très fréquentes attaques de rhumatisme articulaire aigu dans la plupart des articulations, puis les douleurs se sont localisées dans les articulations des doigts, et actuellement les mains offrent les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux. Elle a eu plusieurs fois des crises de goutte très manifestes avec rougeur, gonflement et douleurs très vives commençant au niveau des gros orteils. Depuis une vingtaine d'années, elle a eu des crises très fréquentes de coliques hépatiques et ses urines sont constamment chargées de gravelle urique.

Pour confirmer le diagnostic de concrétions gouteuses dans les lamelles de la cornée, on a enlevé une partie de ces concrétions qui ont été immédiatement examinées au laboratoire des Quinze-Vingts et M. Du b i e f, chef de ce laboratoire, remit la note suivante :

« A un faible grossissement, on voyait au milieu des petits fragments cornéens de petits corpuscules arrondis de couleur jaune rougeâtre tranchant par leur aspect sur le fond incolore des débris de cornée. Avec un plus fort grossissement, ces points apparaissaient sous la forme d'une petite sphère d'apparence mamelonnée dont la surface était comme hérissée de petites saillies cristallines. En somme, c'était des cristaux rangés en rayonnant autour d'un point central. L'aspect rappelait celui des concrétions d'urate de soude dans les parenchymes des gouteux. »

Il s'agissait donc bien là de concrétions gouteuses dans les lamelles de la cornée.

M. Kalt qui vit cette malade prétend que les opacités étaient nettement interstitielles. Il n'y avait aucun ponnus, aucune cicatrice

pouvant faire admettre l'existence de ces foyers calcaires ou plus souvent colloïdes que l'on trouve sous l'épithélium sur les cornées atteintes d'anciennes ulcérations.

Cette malade n'avait jamais eu aucune affection oculaire, elle n'avait jamais fait usage de collyre ni de compresses quelconques, elle n'avait jamais été dans les conditions où les taies chimiques peuvent se produire. D'autre part, les opacités qu'elle présentait n'avaient aucun rapport avec les taies chimiques qui siègent toujours dans la couche épithéliale et à la surface de la cornée. Ici au contraire c'était dans l'épaisseur même des lames de la cornée que ces opacités résidaient.

CHAPITRE IX

Impaludisme et malaria.

Les rapports étiologiques entre la kératite parenchymateuse et la malaria ainsi que la fièvre paludéenne sont également assez fréquents.

Poncet, de Cluny, a le premier signalé en 1884 l'impaludisme comme pouvant jouer un rôle dans les affections de l'œil et particulièrement dans la kératite parenchymateuse, et il cite de ces faits trois exemples où la guérison a été uniquement due au sulfate de quinine. Pour M. Javal même, exerçant à Sens, ville à côté de laquelle se trouve un foyer de malaria, cette kératite serait un signe pathognomonique qui lui servirait à reconn tre la cachexie palustre.

M. Landolt partage l'opinion de MM. Poncet et Javal. Il est certain pour lui que la syphilis n'est pas la seule cause des kératites interstitielles. Les bons résultats que donne souvent un traitement général approprié prouvent manifestement l'influence des cachexies diverses.

Haltenhof est d'avis qu'il existe certains  tats de dénutrition générale qui, en dehors de toute influence spécifique, peuvent produire dans la jeunesse, et surtout dans l'adolescence une kératite double offrant les mêmes caractères cliniques que celle due à l'hérédo-syphilis.

Kniess pense que la kératite parenchymateuse accompagnant la malaria se passe sans formation de vaisseaux.

Mandelstamm, Raynaud, Berger, Albrand indiquent également la liaison de ces deux affections.

D'après le Dr Sedan (de Toulon) qui a passé la plus grande partie de sa vie militaire dans les régions à malaria, la kératite interstitielle est une des affections les plus tenaces que l'on y puisse observer.

Dans une pratique de plus de 13 ans il a observé en Algérie 34 cas de kératite interstitielle : 19 femmes, 15 hommes.

Parmi les femmes, il y en a 11 au-dessous de 15 ans, 28 au-dessus ; parmi les hommes, 14 au-dessous de 15 ans, 1 au-dessus.

Indistinctement dans les deux sexes on a pu relever 16 fois des traces de syphilis chez les ascendants, 5 fois les sujets eux-mêmes n'avaient présenté à leur naissance aucun des symptômes de l'infection constitutionnelle.

9 fois on a noté la cachexie scrofuleuse.

27 fois les malades avaient subi une ou plusieurs atteintes de la malaria et étaient tous cachectiques.

Au point de vue de la bilatéralité, sur les 34, 19 n'avaient qu'un côté, trois n'avaient qu'une légère atteinte de l'œil congénère ; 12 avaient les deux yeux pris.

C'est du côté des femmes âgées surtout que le Dr Sedan a eu à soigner ces kératites, qui paraissent se bien trouver d'un traitement arsenical combiné à la quinine ou au quinquina, avec emploi de toniques généraux.

Les rares tentatives qui ont été faites avec les injections mercurielles n'ont pas paru influencer bien sérieusement sur la rapidité ou l'heureuse issue de cette désespérante affection.

Sur 5 à 6000 malades, on n'a donc trouvé en Algérie que 34 kératites parenchymateuses.

Elles ont paru plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Elles ont surtout été constatées sur plus de sujets féminins au-dessus de quinze ans que sur les hommes de cet âge.

La syphilis invoquée ou prévue n'a pu être relevée que dans une proportion relativement faible : 11/34, si l'on néglige les présumés syphilitiques chez lesquels on n'a jamais constaté de symptômes.

Il résulte en plus, de cet exposé, que la production de cachectiques paludéens est considérable : 27/34, et que les traitements institués ont paru démontrer l'amélioration indiscutable de l'affection par les antipébriles et les toniques.

On a objecté à cette façon de considérer l'impaludisme comme cause de la kératite parenchymateuse que les malades de Poncet, de Javal et la plupart de Sedan pouvaient être atteints de syphilis en même temps que d'impaludisme. Cette étiologie cependant est à peu près admise aujourd'hui par les auteurs.

CHAPITRE X

Kératite diffuse et influenza.

La kératite parenchymateuse a été signalée aussi au cours de l'influenza.

Pflüger, après cette maladie, eut l'occasion d'examiner *plus de 30 cas de kératites parenchymateuses* et il distingue 3 formes cliniques :

a) Forme classique, typique avec forte participation de l'iris chez des adultes non syphilitiques.

b) Forme la plus fréquente qui rappelle beaucoup la « kératitis nummularis » de Stellwag.

c) Forme combinée avec iritis séro-fibrineuse ; l'exsudat tapisse la face postérieure de la cornée.

Le Dr Trantas (1) de Constantinople, en 1895, en rapporte l'observation suivante :

Le nommé Christophe Ap..., de l'île de Marmara, âgé de 30 ans environ, vient me consulter le 13 février 1894, souffrant depuis quinze jours d'une photophobie et surtout d'une tache blanche qui s'est formée sur son œil pendant le stade de la longue convalescence de l'influenza dont il a été pris selon le diagnostic de notre confrère M. Siomos. Il faut noter que l'influenza l'a forcé de garder le lit pendant deux mois et son affaiblissement était assez accentué.

En examinant l'œil du malade, on voit une infiltration du parenchyme cornéen, ayant un aspect bleu grisâtre, de la moitié inférieure de la cornée ; à la loupe on voit que cette infiltration consiste en taches isolées plus ou moins grandes et de contour diffus. L'épithélium est rugueux, l'opacité cornéenne se perd insensiblement vers la partie supérieure de la cornée, dont une partie reste tout à fait transpa-

(1) TRANTAS, *Société d'ophtalmologie de Paris*, juillet 1895.

rente, et d'où l'on peut voir l'iris qui fonctionne bien, n'ayant pas d'hyperémie ni d'adhérence. La conjonctive est à peine injectée.

Il y a une vascularisation un peu prononcée des parties infiltrées de la cornée. L'acuité visuelle après la dilatation artificielle de la pupille = $1/3$. L'examen ophtalmoscopique a prouvé l'intégrité des membranes internes ; pas de plaques pigmentaires ou atrophiques vers l'ora serrata.

En somme, c'est une kératite interstitielle primitive. Mais à quoi faut-il l'attribuer ?

Est-ce à la syphilis héréditaire ? D'abord ce n'est pas l'âge habituel de la kératite hérédo-syphilitique. En outre les parents sont absolument indemnes de syphilis : j'ai vu son père, un homme robuste ne laissant rien à désirer comme santé. J'ai fait une enquête des plus minutieuses, mais je n'ai trouvé rien de suspect, ni en ce qui regarde les parents, ni chez les collatéraux ou les ascendants plus lointains.

L'examen du malade lui-même ne fournit aucun stigmat de la syphilis héréditaire. L'ouïe est parfaite, les dents irréprochables, son corps bien conformé, et, malgré qu'il se trouve en convalescence d'une maladie longue et épuisante, néanmoins c'est une personne qui, loin d'être chétive, présente l'aspect d'un homme bien portant. Pas d'alopécie, ni de cicatrices de la peau ou des muqueuses, pas d'asymétrie du crâne, pas de voûte ogivale, pas de ganglions gonflés, pas de lésions osseuses en général ni onyxis. Il a été bien portant pendant l'enfance. En somme, il n'y a pas même un simple vestige d'où nous puissions soupçonner une tare héréditaire. Et, comme M. Panas dit très justement, « en dehors de toute autre preuve, la présence de la kératite interstitielle ne saurait suffire à incriminer les parents ».

Mais s'il faut exclure l'hérédo-syphilis, quelle est donc l'étiologie de cette kératite ?

Dans les antécédents du malade il n'y a pas de syphilis acquise ; il n'est pas non plus lymphatique, ni rhumatisant déclaré ; il a eu quelques douleurs passagères dans le temps, surtout dans la région ischio-lombaire. C'est donc l'influenza qui a précédé immédiatement

e développement de la kératite et qui, par l'épuisement qu'elle a apporté à l'organisme tout entier, a préparé un terrain favorable, c'est l'influenza qu'il faut plus ou moins accuser pour l'étiologie de cette kératite interstitielle. Là l'influenza joue le même rôle que le paludisme, qui aussi, selon Poncet et Javal est invoqué comme cause de la kératite interstitielle, surtout sous forme circonscrite, et, dans notre cas aussi l'infiltration, même dans son apogée, a respecté la partie supérieure de la cornée.

D'ailleurs la grippe aime à attaquer l'œil très souvent, et surtout la cornée, comme, dans la dernière épidémie, cela a été péremptoirement démontré par les multiples travaux de divers auteurs, parmi lesquels il me suffit de noter MM. Badal, Galezowski, Parent, Gorecki, Chevallereau, Fage, Fuchs, Zandberg, Bergmeister, Delacroix et autres, surtout les observations de Bosenzweing et de Mme Pokitonoff qui ont publié quelques cas de kératite ponctuée, desquels on pourrait, jusqu'à un certain point, rapprocher mon observation.

D'après mes conclusions étiologiques, j'ai institué un traitement consistant en quinine, quinquina intérieurement pour favoriser la convalescence de mon malade de l'influenza, et, localement, des instillations d'atropine et des douches à la vapeur par l'appareil de Lourenço. Le trouble cornéen commence à rétrograder, dans la périphérie surtout.

Quinze jours après j'ai voulu essayer les frictions hydrargyriques et les injections intra-musculaires de la préparation biiodurée du professeur Panas, mais, au lieu de faciliter la résorption, elles n'ont fait qu'aggraver la situation, parce que l'œil est devenu irrité, la photophobie plus intense et une poussée d'iritis a apparu; aussi il s'est formé un ulcère au centre de la cornée de la dimension d'une tête d'épingle; c'est une complication des plus rares, observée néanmoins dans quelques cas par M. Abadie et d'autres. Les frictions même ont provoqué dès la première séance une salivation intense et de la diarrhée; il a fallu interrompre le traitement mercuriel pour revenir au quinquina et au salicylate de soude, qui m'a paru avoir une action favorable, surtout pour les douleurs périorbitaires.

A peine un mois encore et notre malade est à peu près totalement guéri, de sorte que, quand il est parti pour son pays, il ne portait que les vestiges de la kératite, et, comme je l'ai appris ultérieurement, l'état de son œil est parfait.

Cette observation, ajoute cet auteur, est la première kératite interstitielle qui ait éclaté à la suite de l'influenza.

M. le Dr de Spéville a observé lui-même pendant la dernière épidémie d'influenza trois cas de kératite (tous trois chez des femmes) à peu près analogues à celui du Dr Trantas. Les malades ont été guéris par le sulfate de quinine et les fortifiants, et point n'a été besoin d'avoir recours au mercure.

Wagenmann, Pflüger et Achenbach ont eux aussi signalé des cas de kératites parenchymateuses après l'influenza.

Et selon la très juste remarque de Pflüger, on peut dire que toutes les maladies infectieuses peuvent produire dans des conditions que nous ne connaissons pas encore la kératite parenchymateuse.

CHAPITRE XI

Affections utérines et kératite diffuse.

Les affections génitales de la femme peuvent également provoquer l'apparition des kératites parenchymateuses, comme nous avons pu l'observer. Le retard de la menstruation serait en général défavorable ; l'avancement des règles aurait plutôt une action favorable contre cette inflammation.

Dunn aurait traité une malade de 44 ans ayant une kératite double. Malgré un traitement local et général l'état de la malade ne changeait pas et la photophobie était très intense. Cette personne n'était pas encore réglée. Après une assez longue durée de la maladie, l'état changea subitement. Elle put ouvrir les yeux, la photophobie disparut et la forte injection du bulbe oculaire diminua. La malade avait eu ses règles la veille.

L'influence de la menstruation sur une kératite parenchymateuse se manifeste parfois de la façon suivante : avant l'apparition de la menstruation, l'inflammation oculaire augmente, et diminue après elle ; de sorte que la maladie prend un caractère intermittent.

M. le Dr Kœnig rapporte au dernier congrès français d'ophtalmologie, mai 1897, l'observation d'une kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine. Il a pu suivre ce cas pendant deux ans. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, qui, pendant un an et demi, a eu à chaque époque menstruelle des troubles de la vision qui se manifestaient le plus souvent sur un œil et qui se traduisaient par l'infiltration dans le parenchyme cornéen de dépôts blanchâtres semblables à ceux que l'on observe dans la kératite interstitielle hérédosyphilitique. La lésion oculaire survenait huit jours avant l'apparition des règles, et disparaissait après leur cessation. Le plus souvent ces accidents étaient bénins, mais à deux reprises ils compromirent sérieusement la cornée. L'infiltration l'avait presque entièrement

envahie, l'injection périkeratique étant très intense, la vision nulle, photophobie. Cette fois la kératite parenchymateuse dura un mois. Bien qu'il ait été impossible de trouver les preuves matérielles de la lésion provocatrice, on ne peut faire autrement que d'établir une relation directe de cause à effet.

Cette forme de kératite profonde se différencie de la kératite interstitielle commune, qui est le plus souvent torpide, par une inflammation plus vive, le gonflement des paupières, des sécrétions catarrhales, et quelquefois de petites ulcérations de l'épithélium cornéen, et par la présence de petites pustules disséminées sur la sclérotique.

On peut reconnaître à cette kératite deux origines : l'origine infectieuse par la voie génitale, et l'origine diathésique, c'est-à-dire le réveil d'une diathèse latente qui éclate sous l'influence d'un trouble quelconque.

Chez la malade de Kœnig, bien qu'on n'ait pas reconnu de lésion utérine, on est en droit de supposer, en l'absence de toute trace de syphilis héréditaire ou acquise, une auto-infection. Les organes génitaux contiennent à l'état normal, de nombreux micro-organismes, qui, grâce aux phénomènes épithéliaux et vasculaires qui se produisent pendant la menstruation, pénètrent dans le sang et le rendent toxique. La malade n'est pas indemne de toute tare constitutionnelle, on retrouve chez elle de nombreux stigmates de scrofule et de lymphatisme. C'est évidemment à la faveur de cette déchéance organique que les complications de l'organe visuel se sont déclarées.

Actuellement, à la suite d'un traitement qui a consisté en injections antiseptiques de la cavité vaginale, et en soins hygiéniques minutieux, les phénomènes oculaires n'ont plus reparu, et les cornées ont conservé l'intégrité parfaite de leur transparence.

Les anomalies de la menstruation sont citées également par Davidson comme étant en rapport avec cette kératite.

Nous rapportons plus loin dans nos observations un cas de kératite parenchymateuse unilatérale d'origine utérine très nette.

Enfin nous avons observé un autre cas de kératite parenchyma-

teuse double survenu au huitième mois d'une grossesse qui s'est bien terminée. Aucune trace de syphilis n'avait pu être relevée, pas plus chez le mari que chez la femme. Cette dernière avait eu un autre enfant qui est vivant et bien portant, et n'avait fait aucune fausse couche.

CHAPITRE XII

Kératites parenchymateuses dites sympathiques et réflexes.

Ces variétés de kératites parenchymateuses ont été signalées par quelques auteurs.

Elles présenteraient l'aspect et l'évolution caractéristiques de la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. On y retrouverait le même trouble diffus de la cornée, aboutissant peu à peu à la vascularisation et se terminant par la résolution.

D'après les recherches de M. le Dr Galezowski, ces kératites se développeraient sous l'influence d'une cause d'irritation des nerfs de la 5^e paire ou du grand sympathique.

Cet auteur distingue deux variétés bien caractéristiques : la kératite parenchymateuse sympathique et la kératite interstitielle réflexe.

« La kératite sympathique parenchymateuse peut se développer dans un œil par transmission sympathique de l'irritation d'un œil à l'autre. »

Des faits de ce genre sont rares, il est vrai, mais ils n'en existent pas moins ; la cornée d'un œil une fois blessée, irritée, l'irritation ayant envahi successivement les couches profondes de cette même membrane et de l'iris, pourra envahir peu à peu le cercle ciliaire et l'*ora serrata* et donner lieu à des accidents plastiques qui retentiront par action sympathique sur l'autre œil. Cela constituera par conséquent une kératite interstitielle sympathique.

Tel est le fait le plus caractéristique que j'ai observé il y a un an et demi, dit M. Galezowski, dont je rapporte l'observation. Il s'agissait d'une blessure de la cornée et du cercle ciliaire suivie au bout de quelque temps d'une kératite interstitielle de l'autre œil. La maladie n'a guéri que lorsque l'œil blessé et atrophié a été enlevé.

OBSERVATION 1 (D^r GALEZOWSKI).

M. S..., ouvrier mécanicien, âgé de 28 ans, demeurant à Saint-Denis, vint me consulter le 3 mars 1896, atteint d'une atrophie du globe de l'œil droit, blessé dans la région ciliaire supéro-interne, un an avant, par un éclat de fer. Il en est résulté une kératite avec infiltration interstitielle disséminée et trouble des milieux de l'œil, qui laissaient à peine apercevoir le fond rouge.

Vers les premiers jours du mois de janvier 1896, le malade commença à se plaindre d'un trouble de la vue de l'œil gauche. Il vint me voir au commencement du mois de mars suivant et j'ai constaté chez lui tous les signes de la kératite parenchymateuse circonscrite, occupant de préférence la moitié inféro-interne, avec un léger soulèvement de l'épithélium cornéen. L'œil était fortement congestionné au pourtour de la cornée, sensible à la lumière, distinguant les gros objets, mais pouvant difficilement déchiffrer les caractères n° 5 de l'Echelle.

Il n'y avait pas de doute que nous avions affaire à une kératite sympathique, provoquée par un traumatisme de l'autre œil, et comme l'œil blessé était déjà en voie d'atrophie, il ne restait qu'à pratiquer une énucléation ; c'est ce que nous avons fait le 25 juin 1896.

Les suites de l'opération, ont été des plus simples, la vue de l'œil gauche s'est améliorée peu à peu, et déjà le 21 octobre suivant, nous avons pu constater une guérison complète, et l'acuité visuelle est redevenue normale.

Le D^r Armaignac (de Bordeaux) a présenté, à la séance du 16 octobre 1896 de la *Société de médecine de Bordeaux*, un fait non moins important.

Il s'agissait d'un cas de kératite diffuse parenchymateuse des deux yeux, développée à la suite d'un traumatisme superficiel de la cornée de l'œil gauche, qui fut suivie d'une kératite diffuse d'abord dans l'œil blessé et puis compliquée, au bout de sept semaines, d'une kératite interstitielle développée dans l'œil non blessé. Il n'y a pas eu la moindre tare syphilitique, dit M. Armaignac, pouvant expliquer par la cause générale constitutionnelle, l'évolution de la maladie des deux cornées. Après avoir analysé scrupuleusement la nature du mal, il n'a pas hésité à rapporter cette affection cornéenne à la cause sympathique.

Dans d'autres cas, ajoute M. Galezowski, une irritation des nerfs de la 5^e paire, et plus particulièrement de sa branche ophtalmique, peut donner lieu aux mêmes altérations du tissu profond cornéen et provoquer les mêmes symptômes de la kératite parenchymateuse. Tels sont les faits que nous avons pu distinguer un certain nombre

de fois chez les personnes atteintes de carie dentaire, et qui éprouvaient en même temps des troubles visuels ; l'examen fait avec soin de tous les symptômes oculaires m'avait permis de constater qu'il s'agissait d'une kératite interstitielle parenchymateuse, et que cette altération était provoquée par les dents cariées. C'était en un mot une kératite interstitielle réflexe ou dentaire, et qui, au premier abord, pourrait être facilement confondue avec une kératite constitutionnelle.

L'action réflexe des nerfs de la 5^e paire et l'irritation se transmettant d'une branche irritée et enflammée dans une carie dentaire aux autres branches de cette même 5^e paire, pourra se traduire par une kératite parenchymateuse réflexe, dentaire.

Dans cette kératite parenchymateuse réflexe, il y a aussi un trouble diffus, central, de la cornée, une infection périkératique, qui se développe lentement mais progressivement ; de la photophobie, du larmolement, des douleurs sourdes périorbitaires. Si on assiste pour tant au début du mal, on constatera facilement une particularité dans ce genre de lésion, la lésion se localise de préférence dans les couches un peu plus superficielles, que dans les kératites interstitielles syphilitiques, ce qui fait que l'on constate au début même du mal une sorte de soulèvement de la couche épithéliale par place et une anesthésie cornéenne, reconnaissable facilement au toucher à l'aide d'une sonde mousse. Avec le progrès du mal, l'infiltration gagne les couches profondes de la substance cornéenne, et à ce moment toute différence entre l'une et l'autre de ces kératites interstitielles disparaissent, sauf qu'en examinant le centre de la cornée et à l'aide d'une très forte loupe, et à l'éclairage latéral, on reconnaîtra par places des petits soulèvements de la couche épithéliale.

OBSERVATION 2 (D^r GALEZOWSKI). — *Kératite parenchymateuse réflexe provoquée par des dents cariées.*

Mme L..., 48 ans, se présente à la clinique de la rue Dauphine le 10 juillet 1897. Elle ressentit vers la fin du mois de février 1897, des douleurs dans la tête et les tempes, surtout du côté droit.

Le 18 mars, elle s'apercevait que la vision de l'œil droit, qui ne présentait aucune trace d'inflammation, n'était pas nette. Quinze jours après, cet œil étant devenu rouge, la malade se décida à aller à Limo-

ges consulter le Dr Garot qui lui conseilla l'usage d'un collyre à l'atropine.

A sa rentrée à la clinique, le Dr Galezowski diagnostiqua kératite interstitielle pour cause réflexe de l'œil droit (dents cariées).

L'examen des urines ayant démontré qu'elles ne présentaient rien d'anormal, le traitement a consisté dans l'application de sangsues à la tempe droite, l'extraction des dents cariées et l'emploi alternatif des collyres d'atropine et d'ésérine concurremment avec la pommade à l'iodoforme.

Ce traitement a produit une amélioration des plus sensibles, les douleurs ont cessé, mais comme il s'était formé vers le centre de la cornée une opacité épaisse troublant sensiblement la vue, M. Galezowski jugea utile de faire une iridectomie et pratiqua cette opération le 12 juillet.

A dater de cette époque, l'opération s'accroît de jour en jour, et le 27 juillet, la malade retourne dans son pays, quoique la cornée n'eût pas encore recouvré toute sa transparence. Mais la vue est améliorée et l'inflammation a totalement disparu.

OBSERVATION 3 (Dr GALEZOWSKI). — *Kératite parenchymateuse pour cause réflexe (dents cariées).*

Mme L..., 34 ans, concierge, se présente à la clinique, le 30 mars 1897, atteinte de kératite parenchymateuse de l'œil gauche réflexe (dents cariées).

Ce n'est pas la première fois que des accidents de cette nature se produisent chez elle, car, vers l'âge de 17 ans, elle est déjà venue à la clinique où elle a été, dit-elle, soignée pour une kératite parenchymateuse du côté gauche par l'huile de foie de morue et l'atropine. A cette époque, la malade avait déjà de mauvaises dents; elle guérit après six mois de traitement.

En l'absence d'antécédents spécifiques ou arthritiques, M. Galezowski conseille l'extraction des chicots, l'usage d'un collyre à l'atropine et de la pommade à l'iodoforme.

Le 18 juillet, on constate chez Mme L... une amélioration sensible dans son état, qui ne fait que s'accroître de plus en plus.

Après avoir passé en revue tous les faits se rapportant à des kératites parenchymateuses, ajoute M. Galezowski, et en les comparant avec celles de la syphilis, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes, relatives au diagnostic différentiel :

1° Les kératites parenchymateuses réflexes, dentaires, occupent les couches relativement plus superficielles et se compliquent par moments d'un soulèvement d'épithélium sur une certaine étendue.

2° Les kératites parenchymateuses sympathiques sont plus profondes.

des, se compliquent souvent d'iritis et ressemblent beaucoup à la kératite syphilitique.

3^o La marche de la kératite sympathique et de la réflexe n'est nullement régulière, elles deviennent facilement chroniques avec un leucome consécutif, si on n'enlève pas la cause du mal.

M. le Dr Jocs a communiqué également un cas de kératite sympathique à la *Société d'ophtalmologie de Paris* le 5 mars 1895.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, de constitution robuste, et ayant toujours joui d'une parfaite santé.

A l'âge de 13 ans, sans pouvoir en indiquer la cause, elle a perdu son œil gauche : il n'y a pas eu de traumatisme. L'œil est maintenant réduit à l'état de moignon, mais n'a jamais été douloureux jusque dans ces derniers temps. L'œil droit n'a jamais eu d'affection.

Vers le 15 janvier, il survint tout à coup des douleurs dans le moignon et à la région frontale.

Quelques heures après, l'œil droit devint rouge, larmoyant, sensible à la lumière. Quelques jours après, les douleurs frontales persistaient encore, la vision de l'œil droit avait diminué peu à peu, la malade ne voyait qu'à travers un voile.

La cornée est opaque sur les trois quarts supérieurs; la pupille et l'iris sont cachés par l'opacité qui va en diminuant de haut en bas. L'épithélium est sain, et l'opacité est due à des infiltrations interstitielles. L'injection périkeratique est peu marquée, le moignon est rouge et encore douloureux au toucher. Quant à l'œil sain, les douleurs et la photophobie ont diminué, mais la malade n'y voit plus pour se conduire; à peine voit-elle passer la main par la partie inférieure.

Excision d'un lambeau de conjonctive tout autour de la cornée, et le lendemain extirpation du moignon qui présente une ossification de la choroïde.

L'œil droit est traité par de la pommade au précipité jaune. Quarante-huit heures après, la malade prétend qu'elle voit mieux et le cinquième jour, en effet on constate que la partie inférieure de la cornée paraît plus claire, au bout de dix à douze jours, le quart inférieur de la cornée était transparent; trois semaines après il n'y avait d'opacités que sur la moitié supérieure, et enfin, le 22 février, sur le quart supérieur, et tous les symptômes généraux avaient disparu.

En présence d'une amélioration si sensible par l'énucléation, M. Jocs pense que l'on se trouve, dans ce cas, en face d'une kératite sympathique provoquée par l'irritation des nerfs ciliaires qui se trouvent atteints lorsque l'ossification approche de la zone ciliaire.

M. Abadie croit aussi qu'il peut exister des kératites parenchymateuses sympathiques d'origine ciliaire.

CHAPITRE XIII

Quelques causes plus rares de la kératite parenchymateuse.

Parmi ces causes rares nous devons citer le diabète, les oreillons, certaines affections cutanées et les traumatismes ; dans une de nos observations, nous ne trouvons comme cause de cette affection que la diphtérie et la chorée.

LE DIABÈTE. — Nous ne connaissons que le cas rapporté par MM. A. Terson et Gley (1). Il s'agissait d'une double kératite interstitielle démontrée par l'examen histologique chez un chien, auquel on avait enlevé le pancréas, et qui était devenu diabétique à la suite de l'opération.

Nous avons également rapporté plusieurs cas de kératite parenchymateuse observés par MM. Gley et Rochon-Duvigneaud chez des chiens privés de leur corps thyroïde.

Ces faits semblent montrer que les diverses cachexies ont une influence manifeste sur le développement de la kératite parenchymateuse et justifier par là même le terme de *kératite cachectique* proposé autrefois par M. Panas.

Nous rapportons plus loin un cas de kératite parenchymateuse que nous avons eu l'occasion d'observer chez un jeune enfant à la suite des oreillons.

AFFECTIONS CUTANÉES. — Pflüger a vu cette même kératite double chez un homme de 57 ans, affecté de psoriasis étendu. Lener a cité un cas semblable. Michel relate cette affection de la cornée dans un cas d'érythème exsudatif. Stern l'a constatée chez une personne de 18 ans qui, après la revaccination, avait souffert depuis six ans d'un urticaire hémorrhagique.

(1) GLEY et TERNON, *Bulletin de la Société de biologie*, 1894.

TRAUMATISMES. — Plusieurs fois, cette cause a été signalée dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse. Le Dr Dumont (Toulouse) en rapporte deux cas dans sa thèse qu'il eut l'occasion d'observer, et dans lesquels le traumatisme paraissait être très nettement le point de départ de troubles interstitiels dans le parenchyme cornéen.

Nous avons également eu l'occasion d'en observer un cas ; le malade n'avait aucun des attributs de la syphilis héréditaire, et il n'avait jamais eu de syphilis acquise.

Récidives.

Quant aux récidives, Horner les croit fréquentes. Pour M. Fournier, elles seraient rares. Michel croit que cette maladie peut se répéter assez longtemps après sa première apparition. Kniess affirme que si la kératite arrive après la puberté, c'est le retour d'une affection qui existait auparavant. D'après Fuchs et Albrand, les récidives sont rares. Sur 87 cas, V. Hippel remarqua 15 rechutes, soit 17,25 0/0 environ.

Sur 51 cas, nous n'avons trouvé que six récidives.

CHAPITRE XIV

Valeur du traitement.

Quant aux auteurs qui, pour affirmer l'origine spécifique de cette maladie, s'appuient sur le traitement et la guérison par le mercure, leur argument n'a que bien peu de valeur.

« Le mercure, a-t-on dit, loin d'être toujours avantageux dans le traitement de la kératite, se montre parfois indifférent ou même nuisible. »

Mais, comme le dit M. Fournier, le mercure n'est pas une panacée qui guérit à coup sûr toutes les manifestations spécifiques. En un certain nombre de cas, il reste absolument inactif contre des manifestations dont l'origine syphilitique ne saurait être contestée. La prétendue infailibilité du mercure dans la syphilis est un dogme que contredit l'observation et que, pour sa part, M. Fournier déclare absolument hérétique.

« Le mercure, disait M. Panas en 1871, à la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie sur l'étiologie de cette kératite, a échoué contre les kératites que j'ai observées. L'iodure de potassium a produit un bon effet, comme il en produit dans les autres espèces d'opacités de la cornée. Le mercure réussit contre la scrofule, comme vous l'a dit Dolbeau. Grâce à cette médication, l'on voit guérir une foule de lésions qui ne sont pas syphilitiques. Un grand nombre de maladies d'yeux banales sont guéries par le calomel, et qui ne sont nullement syphilitiques. L'action du médicament ne peut donc juger la nature du mal. »

L'hygiène, les fortifiants guérissent parfois les malades aussi bien que l'iodure de potassium.

Et V. Græfe a dit que : « l'influence de la thérapeutique dans la kératite diffuse est insignifiante, car l'on ne peut abrégé son déve-

loppement traînant. L'opacité extrême de la kératite diffuse disparaît à la fin tout à fait, et le rôle d'un médecin peut être réduit à celui d'un spectateur. »

Pfister a vu le mercure donner de bons résultats dans les cas de kératite parenchymateuse qui avaient pour origine la syphilis acquise, et le contraire dans les cas basés sur la syphilis héréditaire.

M. le professeur Panas recommande les injections d'huile biiodurée d'hydrargyre dans les cas d'origine syphilitique. Nous avons pu maintes fois constater les heureux résultats de cette cure à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Nous sommes loin d'admettre par conséquent que le mercure soit nuisible dans le traitement de cette affection. Mais qu'il serve de pierre de touche et soit un moyen de reconnaître l'origine spécifique de cette kératite, nous ne le croyons pas, car nous l'avons vu réussir dans un certain nombre de cas où l'étiologie tuberculeuse par exemple était très probable.

Couzon considère le mercure comme l'unique remède, indifféremment de l'étiologie de la kératite.

D'après Von Hippel, on ne peut se baser sur les résultats obtenus par le traitement spécifique pour la détermination exacte de l'étiologie ; étant donné, dit-il, que le mercure et l'iodure de potassium peuvent guérir beaucoup de processus qui ne sont nullement syphilitiques, en particulier le processus tuberculeux.

La quinine et le salicylate de soude ont donné de bons résultats dans les cas de kératite parenchymateuse dus à la malaria, à la goutte ou au rhumatisme.

M. Grandclément a guéri en 42 jours deux malades qui n'étaient pas syphilitiques, en faisant le massage de l'œil avec de la vaseline phéniquée. Chaque massage était fait pendant dix minutes et répété toutes les deux heures. Trois autres malades, probablement syphilitiques, étaient également guéris par ce procédé, mais en 90 jours.

M. le professeur Panas prescrit aussi assez fréquemment l'iodoforme à l'intérieur chez les malades atteints de kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse. Et souvent également nous avons pu constater l'efficacité de ce traitement. Nous rapportons du reste, à la fin de ce travail, un certain nombre d'observations de malades qui

ont été complètement guéris ainsi. Les compresses chaudes, les douches oculaires, les instillations fréquentes d'atropine étaient toujours associées à chaque traitement.

Et à mesure que l'on constatait la guérison de ces kératites, on voyait l'état général du malade s'améliorer notablement. Des enfants pâles, faibles et d'apparence cachectique devenaient plus forts et augmentaient de poids.

Quant au traitement chirurgical par la paracentèse et l'iridectomie dans certaines de ces kératites qui restent chroniques malgré tout, il a donné de bons résultats dans quelques cas.

CHAPITRE XV

Vue générale sur la question.

La syphilis acquise ou héréditaire, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, la malaria, l'influenza, le diabète, les oreillons (1 observation) et certains troubles réflexes ainsi que ceux de la menstruation sont donc capables de déterminer l'apparition d'une uvéite et souvent même une kératite parenchymateuse.

Enfin, on voit des cas de kératite parenchymateuse bilatérale dans lesquels on ne réussit pas toujours après l'examen le plus minutieux à découvrir une affection générale. Dans de pareils cas, il s'agit toujours d'individus pâles, faibles, misérables, jeunes pour la plupart ; et l'affection a probablement pour cause un trouble de nutrition générale, un trouble du sang ou une maladie des vaisseaux qui n'a pas encore été étudiée suffisamment.

Nous dirons donc avec notre maître M. Panas, avec M. Fournier et avec la presque unanimité des médecins, des chirurgiens, des ophtalmologistes qui ont étudié à fond ce sujet que tous les cas de kératite parenchymateuse ne dérivent pas invariablement et exclusivement de la syphilis héréditaire, et que cette kératite n'existe pas que chez les sujets hérédo-syphilitiques.

On a déjà observé du reste un certain nombre de ces kératites dans la syphilis acquise.

« Vainement, dit M. le professeur Fournier dans ses leçons sur la syphilis héréditaire (1), on a objecté que les cas où l'on n'a pu retrouver l'influence hérédo-syphilitique comme origine de cette kératite devaient être des « cas mal observés », où l'on n'avait pas suffisamment recherché la syphilis héréditaire, où on l'avait méconnue pour des raisons diverses, par exemple en n'ajoutant pas une suffi-

(1) *Leçons sur la syphilis héréditaire*, 1886.

sante créance aux divers signes qui lui servent de témoignages rétrospectifs, etc. Cette raison me touche peu. Que des erreurs de ce genre aient pu être commises, je le crois sans peine. Mais, en fin de compte, il me semble impossible d'admettre que tous les médecins qui ont observé la kératite interstitielle en dehors de la syphilis héréditaire se soient toujours et invariablement mépris. Il n'est pas à croire que des hommes considérables dans la science, des ophtalmologistes des plus compétents, des syphiliographes autorisés, aient tous commis la même faute, c'est-à-dire aient abouti, bien que prévenus, à laisser passer inaperçue la syphilis dans les antécédents de leurs malades.

De sorte qu'en définitive l'existence de kératites interstitielles étiologiquement indépendantes de la syphilis héréditaire s'impose comme un fait démontré par les témoignages les plus compétents.

Par conséquent, l'opinion d'après laquelle la kératite interstitielle serait un produit exclusif de l'influence hérédo-syphilitique ne supporte pas l'examen et ne saurait être scientifiquement admise. »

« D'autre part, continue M. Fournier, si nous interrogeons l'anatomie pathologique, nous voyons que la kératite interstitielle consiste essentiellement en ces deux facteurs : opacité et vascularisation de la membrane cornéenne. Or, les opacités sont simplement constituées par une accumulation de cellules lymphoïdes dans le parenchyme cornéen, cellules à contenu opaque et granulo-graisseux. Et quant à la vascularisation, elle n'est que le résultat de la formation de nouveaux vaisseaux, formation « consécutive à l'irritation déterminée sur les nerfs par l'infiltration morbide de la membrane ».

Et que représente cet ensemble anatomique ?

Rien autre, d'après la plupart des auteurs, qu'un *trouble nutritif* initial, quelque chose d'analogue à ces curieuses *dystrophies* qui servent d'origine à divers symptômes, tels que retard ou insuffisance du développement général, petitesse de taille, infantilisme, arrêts de développement partiel, malformations dentaires (érosions, sillons, microdontisme, amorphisme, etc.), exiguité des testicules ou des ovaires, etc.

Donc, *a priori*, nous sommes rigoureusement conduits à admettre

que la kératite interstitielle, lésion trophique, peut et doit dériver de causes diverses, et non pas dériver de la syphilis exclusivement.

Et d'autre part, *a posteriori*, l'observation clinique confirme cette induction ; car elle nous apprend, et cela de par des sources diverses, qu'on a vu cette kératite se produire en maintes occasions sous l'influence de causes absolument étrangères à la syphilis, telles que scrofule, lymphatisme, cachexie, rhumatisme, etc. D'après MM. de Wecker et Landolt, par exemple, la kératite interstitielle dériverait *deux fois sur trois* de syphilis et une fois sur trois de diverses causes d'autre genre. D'où cette conclusion que la kératite interstitielle est une *lésion vulgaire, banale*, une simple *lésion de nutrition* que diverses influences morbides sont aptes à réaliser. »

Entre le terme de dyscrasique dont M. Fournier se sert pour qualifier l'affection qui nous occupe, dit M. Panas, dans son traité, et celui de *cachectique* que nous avons proposé il y a vingt ans, la différence nous paraît à peine sensible. Aussi, nous ne demandons pas mieux que d'accepter cette dénomination.

D'après une statistique récente de Pfester, sur 125 cas de kératite interstitielle bien caractérisée, on ne trouve que 40,8 0/0, se rattachant nettement à la syphilis héréditaire. La proportion à laquelle est arrivé M. Fournier est de 41,5 sur 100. En relevant les nombreuses statistiques faites jusqu'à présent, M. Panas a obtenu le chiffre de 40 à 41 0/0.

« Il ne reste pas moins démontré, ajoute M. le professeur Panas, que, dans cette kératite, un état hypotrophique de l'organisme est la règle, ainsi qu'en témoignent l'arrêt du développement du corps, l'aspect chétif de l'individu et la grande mortalité survenant dans le bas âge, ainsi que Hutchinson l'a signalé le premier. »

CHAPITRE XVI

Statistique.

Sur 51 cas de kératite parenchymateuse diffuse que nous avons pu observer, voici ce que nous avons noté au point de vue étiologique.

Sur ces 51 cas, l'hérédo-syphilis a été la cause la plus fréquente, nous l'avons trouvée 22 fois.

12 cas nous paraissent devoir être rapportés à la tuberculose car dans ces cas nous n'avons pu trouver aucune trace de syphilis, l'origine tuberculeuse, au contraire, était très nette.

11 cas se sont rencontrés au cours ou à la suite de maladies générales. La diathèse scrofuleuse et le rachitisme ont été dans 5 cas la cause de cette kératite. Dans un autre cas, la kératite est apparue à la suite de troubles d'origine utérine. Nous en avons rencontré un cas au cours d'une grossesse de 8 mois, il n'y avait aucune trace de syphilis, pas plus chez cette malade que chez son mari. A la suite des oreillons, il nous a été possible d'en observer un cas, de même qu'un autre après la diphthérie et la chorée. Nous en avons également observé un d'origine traumatique. Nous n'avons rencontré qu'une fois la syphilis acquise comme cause de cette kératite. Dans 6 autres cas enfin, la cause nous est restée inconnue.

Dans tous ces cas, ceux relevant de la tuberculose comme dans les 17 autres dus à des maladies diverses, nous avons retrouvé la même opacité diffuse et profonde de la cornée, la même photophobie et la même vascularisation que dans les cas dus à l'hérédo-syphilis. Cependant, nous avons rencontré un symptôme qui paraît plus spécial aux kératites parenchymateuses d'origine tuberculeuse, et qui a manqué rarement dans cette variété, c'est un semis de petits points blancs disséminés sur la partie centrale de la cornée.

L'iritis n'a été rencontré que rarement dans nos observations.

Dans les kératites parenchymateuses doubles, il nous a été impossible d'éclairer suffisamment le fond de l'œil pour constater s'il existait des lésions choroïdiennes. Mais lorsqu'il n'y avait qu'un seul œil qui fut atteint de kératite, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement de la choroïdite sur l'autre œil. Dans un ou deux cas seulement, nous avons remarqué cette altération de la membrane choroïdienne, au niveau de l'ora serrata.

Dans un cas, il existait des fibres à myéline très nettes sur les deux yeux, et ce cas était dû à la tuberculose, ce qui vraisemblablement n'est qu'une coïncidence.

Cette kératite paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; 33 fois nous l'avons observée dans le sexe féminin, 18 fois seulement chez l'homme.

On la rencontre surtout entre 10 et 20 ans ; nous l'avons trouvée ainsi sur 27 de nos malades.

Au-dessous de 10 ans, nous en avons observé 6 cas ; la plus jeune était une petite fille âgée de 5 ans.

Au delà de 20 ans, nous en avons trouvé 18 cas dont 3 à 30 ans et au delà, le sujet le plus âgé était une femme de 33 ans chez laquelle nous n'avons pu trouver l'étiologie.

Quant à la dentition, nous n'avons trouvé que 3 fois seulement l'altération des incisives décrite par Hutchinson.

Dans 33 cas, la dentition était très régulière et les dents en parfait état.

Dans les autres cas, les dents étaient mauvaises, irrégulières, mais ne présentaient rien de caractéristique.

De même nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des troubles de l'ouïe.

Dans 43 cas, l'ouïe était normale. Il n'y avait aucune modification de l'acuité auditive.

Dans les 8 autres cas, les oreilles étaient malades.

Dans trois cas, il y avait de l'otite moyenne suppurée double et

dans cinq autres l'ouïe était dure et l'acuité auditive notablement diminuée.

Le facies d'Hutchinson, peau rude et flasque, cicatrices sur le front et la face, de vieilles fissures aux angles de la bouche, un enfoncement de la racine du nez, n'a été observé que dans un très petit nombre de cas, chez cinq de nos malades seulement.

Nous avons presque toujours observé une mortalité très grande dans les premières années après la naissance chez les frères et sœurs des hérédo-syphilitiques.

Les fausses couches chez la mère ont été très rares dans nos observations.

Mais dans beaucoup de cas, nous avons pu constater que la mortalité des enfants en bas âge existe surtout avant la naissance de l'enfant atteint de kératite interstitielle, tandis que les grossesses ultérieures ont généralement un résultat plus favorable.

Dans 33 cas, les deux yeux furent atteints de kératite. Et quand l'affection était unilatérale, on l'observa aussi fréquemment sur l'un que sur l'autre œil.

Les récidives nous ont paru rares ; nous n'en avons trouvé que 6 cas sur 51 ; mais nous nous hâtons d'ajouter que nous les aurions trouvées peut-être plus fréquentes, si nous avions pu suivre nos malades pendant plusieurs années.

Quant au traitement, il ne nous paraît pas avoir une grande importance au point de vue de l'étiologie. Nos malades ont été soumis tantôt aux injections d'huile biiodurée d'hydrargyre, tantôt aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium.

L'iodoforme à l'intérieur a donné d'excellents résultats dans les kératites parenchymateuses d'origine tuberculeuse. Notre maître, M. le professeur Panas, le prescrit à la dose de 30 centigrammes par jour chez l'adulte.

Chez 15 de nos malades que nous avons pu suivre pendant toute l'évolution de leur maladie, nous avons obtenu une guérison presque complète entre 3 et 6 mois.

En même temps que le traitement par le mercure, l'iodure de po-

tassium ou l'iodoforme, nous hâtons la marche de la maladie par un régime fortifiant, par l'usage fréquent de l'atropine et par des applications locales chaudes sur les yeux ou des douches de vapeur oculaires, de manière à entretenir une vascularisation permanente, et à amener ainsi un éclaircissement plus rapide de la cornée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Professeur PANAS, *Société de chirurgie*, 1871.

B... Joseph, âgé de 28 ans, balayeur de profession, petit de taille et chétif, entre à Saint-Louis le 13 février 1869, pour une affection oculaire.

Voici ce que l'examen direct nous permet de constater chez lui : tête carrée, front bombé, mâchoire peu développée, avec des dents petites, rabougries, noires, sans échancrure particulière de leurs couronnes.

Le moule ici présent de la mâchoire supérieure, habilement exécuté par M. Barretta, de Saint-Louis, prouve qu'il s'agit ici purement et simplement d'une altération rachitique des dents, sans trace d'échancrure de la couronne de celles-ci, telle qu'elle a été décrite par Hutchinson.

Au lieu de seize dents, la mâchoire en question n'en porte que neuf, à savoir les quatre incisives, deux canines et trois petites molaires, dont deux à gauche et une seule, qui est encore cariée à droite. Toutes ces dents sont petites, espacées, noires, rabougries, striées en travers et supportées par une mâchoire supérieure en quelque sorte rudimentaire.

La peau du visage offre une coloration mate, ainsi que celle du reste du corps. Nez camus, yeux petits enfoncés dans l'orbite ; cheveux rares. Nulle part de cicatrices ; point d'éruptions à la peau ; pas de glandes engorgées ; n'a jamais eu jusqu'ici de maladies des yeux. Il n'a rien eu dans son enfance qui puisse rappeler la syphilis, même de loin. Ses parents sont vivants, et la mère, que nous avons pu questionner, n'accuse chez elle aucun antécédent syphilitique éloigné. Le malade n'a qu'un seul frère, qui est plus jeune que lui et qui est tout à fait bien portant.

Voici maintenant l'état de ses yeux. Il ne peut préciser au juste l'époque à laquelle sa vue a commencé à baisser, mais cela ne dépasse guère un mois.

Ce n'est que depuis six jours que son œil gauche est devenu rouge et douloureux.

De ce côté nous constatons, en effet, une injection conjonctivale modérée, accompagnée d'un cercle vasculaire périkeratique, empiétant de 2 ou 3 millimètres sur la cornée, surtout en haut et en bas, aux deux

extrémités du diamètre vertical. On dirait deux arcs séniles rouges. Examinés à l'aide de la loupe de Bruck, ces arcs sont constitués par des vaisseaux rectilignes très fins, situés dans l'épaisseur même de la cornée, au-dessous de la couche épithéliale, peut-être aussi au-dessous de la membrane de Bowman. Comme d'ordinaire, ils forment à leur extrémité centrale des arcs anastomotiques.

Toute la cornée, particulièrement au centre et en haut, est le siège d'une opacité interstitielle, qui lui donne l'aspect de verre dépoli. Ça et là on aperçoit des points fins, plus raturés que le reste, ce qui s'observe surtout vers les confins du pli antérieur. A l'aide d'un éclairage oblique aussi léger que possible, il est aisé de constater que la cornée a perdu son brillant naturel, par suite d'une exfoliation pointillée de l'épithélium qui tapissé la face antérieure de celle-ci.

En un mot, nous trouvons là tous les signes de la *kératite diffuse* ou *interstitielle*, attribuée par Hutchinson à la syphilis héréditaire.

Le trouble de la cornée est tel qu'il devient impossible d'apercevoir la pupille, et l'examen ophtalmoscopique ne permet de rien voir, sinon l'aspect lactescent de la cornée et l'absence de reflets.

La vision se borne à la simple perception de la lumière, et le malade est incapable de compter ses doigts. Les douleurs circumorbitaires existent, mais ne sont pas très vives. Il y a peu de photophobie, peu de larmoiement et pas de sécrétion muqueuse ou purulente. Les paupières sont saines et sans granulations.

L'œil droit ne paraît pas malade. Toutefois, à l'aide de l'éclairage oblique, on arrive à voir que la cornée, de ce côté, est le siège d'un très léger nuage central et profond qui nous fait craindre que l'œil, de ce côté, ne tarde à être pris à son tour. L'examen de l'œil droit, à l'ophtalmoscope, nous montre la pupille, la rétine et la choroïde saines, quoiqu'un peu congestionnées, probablement à la suite d'un mouvement fluxionnaire sympathique.

Dans la première semaine du traitement, nous administrâmes le calomel à doses fractionnées, qui produisit une salivation abondante sans le moindre profit pour l'œil; aussi avons-nous dû le suspendre, et le malade a passé un mois à l'hôpital en se bornant à l'usage d'un collyre d'atropine qui n'a pas réussi davantage.

Nous prescrivîmes alors l'iodure de potassium à la dose de deux grammes, puis de quatre grammes par jour.

Dès le quatrième jour du traitement ioduré, la cornée a commencé à s'éclaircir et à se dévasculariser, et les choses sont allées en progressant ainsi jusqu'au second mois, époque à laquelle le malade quittait l'hôpital, tout à fait guéri. Le jour de sa sortie, l'œil gauche était comme il suit :

Plus trace de vascularité. Cornée lisse, transparente, sauf un léger nuage, imperceptible, au centre, qui n'empêche pas le malade de lire le n° VII de l'échelle Giraud-Teulon.

Pupille visible comme à l'état normal et parfaitement régulière.

L'ophtalmoscope permet de voir la papille optique, la rétine et la choroïde qui sont saines.

OBSERVATION 2. — Professeur PANAS, *Société de chirurgie*, 1871.

L... (Eugénie). domestique, âgée de 48 ans, entre à Saint-Louis le 13 mai 1869. Elle a mal aux yeux pour la première fois. Son tempérament est lymphatique, sans aucun des attributs des scrofuleux.

Six semaines auparavant, l'œil droit se troubla rapidement et cessa de pouvoir discerner les objets, le tout sans douleurs ; et la même chose est arrivée pour l'œil gauche trois semaines plus tard.

Etat actuel. — *Œil droit.* — Cornée nuageuse opaléscente avec moucheté blanc dans son épaisseur. Injections très fines, radiées à la limite de la cornée. Autant qu'on peut en juger en regardant par la périphérie de la cornée, plus transparente que le reste, la chambre antérieure et l'iris sont sains.

Le malade peut encore distinguer, bien qu'avec peine, le n° VI de l'échelle Giraud-Teulon, à un pied de distance.

Œil gauche. — Même état nuageux de la cornée qu'à droite ; plus de vascularité, un peu de photophobie. La malade ne peut lire de cet œil que le n° C de l'échelle.

Le traitement consiste en l'administration de deux grammes d'iodure de potassium par jour, sans faire usage d'aucun collyre.

23 mai. — Amélioration sensible. Avec l'œil droit, lit le n° II, et, avec le gauche, le lit n° L.

18 juin. — Lit le n° I, à droite et le n° XV, à gauche.

24. — Lit le n° V.

3 juillet. — Le n° II.

Sort le 9 juillet entièrement guérie.

OBSERVATION 3. — Professeur PANAS, *Société de chirurgie*, 1871.

Alexandre D..., garçon de 12 ans, pâle et faible de constitution, se présente à la consultation des yeux, au bureau central. Sauf quelques ganglions légèrement tuméfiés au cou et aux aines et des taches d'ecthyma cachecticum guéris aux jambes, il n'y a absolument rien chez lui qui puisse donner l'idée d'une syphilis ou même de la scrofule déclarée. Les dents incisives n'offrent point la configuration décrite par Hutchinson ; au contraire, elles sont longues, blanches, et tout à fait régulières.

Il est le troisième enfant de la famille, et sa mère en a eu un autre après lui. Aucun de ses trois frères n'a rien eu de syphilitique, ni aucune affection oculaire.

Ce garçon est affecté d'une double kératite diffuse : celle de l'œil gauche remonte à six semaines, et celle du droit à deux semaines seulement.

Le centre et la moitié inférieure des deux cornées sont le siège principal de l'altération, qui est tout à fait caractéristique. Un double arc vasculaire entoure le bas des deux cornées et des vaisseaux extrêmement fins empiètent même de 1 à 2 millimètres sur cette membrane.

La vision est tout à fait compromise, l'individu ne pouvant discerner que le n° CC de l'échelle.

On prescrit deux grammes d'iodure de potassium par jour, sans collyre aucun, et, au bout de six semaines, les cornées étaient presque entièrement éclaircies, et le jeune malade pouvait lire couramment le n° IV de l'échelle.

OBSERVATION 4. — Professeur PANAS, *Société de chirurgie*, 1871.

La nommée Bauer, âgée de 25 ans, brodeuse de profession, se présente à la consultation du Parvis avec une double kératite diffuse, surtout prononcée au bas des deux cornées.

Réglée à l'âge de 11 ans, elle eut une première fois mal aux yeux à 18 ans et une autre fois à 24 ans. La dernière attaque remonte à 15 jours; elle souffre peu et n'a pas de photophobie, ne peut ni lire ni travailler.

Ses dents incisives sont absolument normales. Elle a eu deux frères et une sœur, qui sont morts en bas âge; elle est la dernière de la famille, et ses parents jouissent d'une excellente santé.

« Les observations qui précèdent, ajoute M. Panas, sont, on le voit, en contradiction flagrante avec les idées professées par Hutchinson l'habile chirurgien de Londres.

C'est ainsi que, trois fois, les dents étaient entièrement saines, et que, dans le seul cas où elles s'écartaient de leur conformation normale, il s'agissait de dents petites, rabougries, privées d'une partie de leur couronne, comme celles qu'on observe souvent chez les rachitiques.

En réfléchissant, d'autre part, aux caractères assignés par Hutchinson aux dents des malades atteints de kératite diffuse, il est aisé de se convaincre qu'il ne s'agit là que de dents rachitiques, comme on en voit tant, et que, dès lors, rien ne prouve l'origine syphilitique de cette espèce d'atrophie des dents.

Aucun de nos malades n'a eu dans son enfance, pas plus qu'il ne nous en a offert au moment de l'examen, des accidents syphilitiques, de sorte que rien ne nous autorise non plus à attribuer leur affection cornéale à la syphilis. »

OBSERVATION 5 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

La nommée Geneviève H..., âgée de 14 ans, est amenée à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 9 février 1897. Elle est admise

à l'hôpital et soignée à la salle Ste-Agnès où elle occupe le lit n° 1. Elle présente une double kératite parenchymateuse et n'y voit pas pour se conduire.

Le père et la mère sont vivants et bien portants.

Il y a eu dix enfants dans la famille, dont quatre sont morts, l'un à trois mois, de méningite tuberculeuse, un autre à onze mois de méningite également; un troisième a succombé à la suite de diarrhée infantile et convulsions à l'âge de six semaines; enfin un quatrième est mort à 3 ans 1/2 à la suite de la coqueluche.

Les autres enfants, dont l'aîné est âgé de 21 ans, et le plus jeune de un an sont bien portants.

La mère que nous avons questionnée longuement n'a fait aucune fausse couche et n'a pas eu de syphilis, pas plus que le père que nous avons examiné également.

La mère souffre actuellement encore de kératites anciennes, consécutives à des entropions avec trichiasis, développés à la suite de conjonctivite granuleuse. M. P a n a s l'a opérée de ce double trichiasis.

Quant au père, âgé de 48 ans, il est bien constitué et paraît très bien portant.

Très jeune, notre petite malade a eu une *tumeur blanche au genou droit*, et elle a été soignée à ce moment à l'hôpital Trousseau. Elle porte encore des cicatrices de cette tumeur blanche et des pointes de feu qui lui ont été faites.

Elle paraît avoir eu également un *abcès froid* de l'aisselle droite.

L'enfant n'est pas encore réglée.

Elle est d'apparence faible, un peu cachectique. Elle présente tout à fait le facies décrit par Hutchinson, nez aplati, lèvres et menton saillants, front ridé; par contre *les dents incisives* n'ont pas d'encoche et *sont très régulières*.

L'ouïe du côté droit est un peu affaiblie depuis un an environ. Il existe même un léger écoulement depuis trois ou quatre mois.

Pas de déformations osseuses, tibias très droits.

Du côté des poumons, on trouve la respiration un peu affaiblie au sommet droit; la fosse sus-épineuse de ce côté est un peu plus mate qu'à gauche. En avant, le thorax présente une légère voussure. Les seins sont peu développés pour son âge. Le cœur est normal.

Examen des yeux. — Ils sont atteints de cette affection depuis deux mois. Ils sont devenus d'abord rouges et la vue a baissé rapidement. Quand elle rentre à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 9 février, l'enfant n'y voit même pas pour se conduire. Elle est presque aveugle. La photophobie à ce moment est intense.

À l'éclairage oblique, on voit que les deux cornées sont troubles et opalescentes. On constate l'existence de nombreux et fins vaisseaux se rendant au centre des cornées. Sur les deux yeux, il existe une injection péri-kératique énorme. Le fond de l'œil est impossible à éclairer,

à cause de cette opacité cornéenne. Il est également impossible de voir l'état de l'iris et de la pupille.

6 mars. — L'état des yeux s'est très amélioré sous l'influence de l'atropine, des compresses chaudes, des douches de vapeur et des injections d'huile biiodurée d'hydrargyre.

Le trouble cornéen paraît diminué ; les cornées sont notablement plus claires. L'injection périkératique a également beaucoup diminué. Les pupilles apparaissent dilatées, on n'aperçoit ni exsudats, ni dépôts iriens.

L'enfant peut encore à peine compter les doigts ; la photophobie est beaucoup moins intense.

12. — Rougeur des yeux et photophobie ont encore diminué. Cornées de plus en plus claires. L'opacité n'existe plus guère qu'à la partie centrale. L'enfant compte les doigts à 0 m. 25. On continue le même traitement.

30. — Eclaircissement considérable des deux cornées. Plus aucune injection périkératique. Pupille largement dilatée. Plus aucune photophobie. La malade ouvre largement les yeux et ne se détourne plus de la lumière, comme elle l'avait fait jusqu'ici. Il existe encore quelques opacités sur les cornées.

Les doigts sont comptés à 2 mètres environ, très facilement ; mais elle ne peut pas encore lire les gros caractères de l'échelle de M. de Wecker.

L'enfant entend également beaucoup mieux de l'oreille droite qu'à son entrée à l'hôpital.

8 avril. — Plus aucune rougeur conjonctivale. La cornée de l'œil droit est plus claire que celle de l'œil gauche. Les pupilles sont largement dilatées.

Acuité visuelle OD 1/20, OG 1/30.

Il est encore impossible de bien voir le fond de l'œil ; le corps vitré paraît sain.

15 mai. — L'amélioration continue et l'état général devient excellent.

30 juin. — Opacité presque complètement disparue du côté droit. Pupille largement dilatée. Plus aucune vascularisation. Chambre antérieure profonde. Tonus un peu diminué. A. V. = 1/8.

A gauche, l'opacité centrale est encore un peu marquée. A. V. = $\frac{1}{10}$.

L'enfant a quitté l'hôpital depuis quelque temps déjà.

OBSERVATION 6 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Origine tuberculeuse probable.

— Traitée et guérie par l'iodoforme.

La nommée Francine G..., âgée de 14 ans, entre le 5 avril 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, service de M. le professeur Panas pour une kératite parenchymateuse.

Le père est forgeron et bien portant. Il n'a jamais fait de maladies.

La mère est également très bien portante.

Elle a eu six enfants et fait deux fausses couches, l'une à cinq et l'autre à six mois.

Sur les six enfants, 4 sont morts : le 1^{er} un garçon est mort à 20 mois de méningite, le 2^e un garçon également est mort à 9 mois de convulsions ; les deux autres auraient succombé à la suite de convulsions et méningite.

On ne trouve aucun antécédent syphilitique chez la mère. Aucune trace de rhumatisme. Rien du côté de l'estomac ni de l'utérus. Elle aurait toujours été bien réglée.

Il ne lui reste que deux enfants, l'un de 22 mois, une fille, bien portante et l'autre de 14 ans, celle qui est atteinte de kératite parenchymateuse.

Cette dernière enfant est la 4^e de la famille. La mère l'a eue après ses deux fausses couches.

Cette enfant a eu la rougeole étant petite. Elle n'est pas encore réglée.

Pas de nodosités aux jambes, ni d'incurvation des tibias.

On trouve dans la région sous-maxillaire quelques petits ganglions indurés surtout du côté droit. Il en existe également dans l'aîne droite.

Rien du côté des poumons, si ce n'est que la respiration est un peu faible aux deux sommets. Rien au cœur.

Examen des yeux. — C'est au commencement de février 1897 que l'œil gauche a été pris. il est devenu très rouge, avec beaucoup de larmolement. L'autre œil s'est pris trois semaines après.

A ce moment, la mère est allée consulter M. Abadie. Il a prescrit des instillations d'atropine et des frictions d'onguent napolitain à la tempe.

Huit jours après, M. Abadie fit mettre six sangsues à la tempe.

La kératite ne s'améliorait pas.

Au bout de 3 semaines, elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu. Les deux yeux à ce moment étaient totalement pris. L'enfant n'y voyait absolument rien ; impossible même de distinguer le jour de la nuit.

La photophobie était très intense, les deux yeux très injectés. La vascularisation était si intense qu'on ne pouvait apercevoir les cornées. C'était une véritable tache de sang.

On commença par faire des applications fréquentes de compresses chaudes sur les deux yeux, associées aux douches de vapeur. On fit des instillations répétées d'atropine et de violet de méthyle.

Sous l'influence de ce traitement, la kératite ne s'améliorait que faiblement.

C'est à ce moment, 10 jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, qu'on lui donna de l'iodoforme à l'intérieur. M. Panas prescrivit trente centi-

grammes par jour, en deux paquets, un le matin et l'autre le soir. L'iodoforme était mélangé avec du café en poudre.

Quelques jours après, on vit une amélioration notable survenir. Dix jours de ce traitement suffirent pour faire disparaître toute photophobie et permettre à l'enfant de se conduire.

A ce moment, la vascularisation avait notablement diminué. Les deux cornées étaient troubles, et cette opacité était nettement parenchymateuse, profonde.

Particularité importante que nous avons notée plusieurs fois ensuite, dans les cas d'origine tuberculeuse, on remarquait au milieu de ce trouble diffus de la cornée plusieurs points blanchâtres ressemblant à de petits tubercules, et cela des deux côtés.

Le cercle vasculaire péricératique était encore assez marqué, mais les vaisseaux avaient beaucoup diminué dans l'intérieur du parenchyme cornéen.

L'iris paraît intact, la pupille est largement dilatée, et la tension normale.

Le 15 juin, les deux yeux sont très améliorés. Il n'y a plus de vascularisation sauf sur l'œil gauche qui est encore un peu injecté. Il est encore impossible de voir le fond de l'œil, à cause du trouble cornéen incomplètement disparu.

Il existe toujours ces mêmes petits tubercules blanchâtres sur les deux cornées.

L'acuité visuelle de l'œil droit atteint $1/6$, celle de l'œil gauche est de $1/4$. Sur cet œil gauche, les tubercules existent surtout à la périphérie de la cornée, ce qui explique la meilleure vision de cet œil.

Elle quitte l'hôpital, le 17 juin, presque totalement guérie.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'enfant était maigre, pâle, cachectique. Actuellement, elle a le teint rosé, elle a pris de l'embonpoint. Elle présente un bon état général. Elle a donc été très améliorée au point de vue général et ses yeux presque complètement guéris par l'administration d'iodoforme à l'intérieur, associé au traitement local, atropine, douches et compresses chaudes. Aucune injection mercurielle.

L'enfant ne présente aucunement le facies décrit par Hutchinson.

Les dents sont excellentes, et les oreilles très bonnes.

OBSERVATION 7 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie inconnue.

Le nommé Georges B..., âgé de 19 ans, entre le 12 avril 1897 dans le service de M. le professeur Panas, salle St-Julien, lit n° 28, pour une double kératite parenchymateuse.

Le père est d'une constitution plutôt faible. La mère est bien portante, mais un peu asthmatique.

Pas trouvé d'antécédents syphilitiques.

Chez ce malade du reste, rien à signaler comme antécédent pathologique. Pas de ganglions cervicaux. Rien aux poumons. Pas de syphilis acquise.

Trois enfants dans la famille : un frère vivant et bien portant, et une sœur morte à six semaines.

C'est l'œil droit qui a été pris le premier vers le 15 janvier 1897, l'œil gauche à ce moment n'avait rien.

L'œil droit a d'abord été soigné par M. le Dr Piéchaud qui prescrivit de l'atropine, de l'iodure de potassium, de l'arséniate de soude et des lotions d'eau boricquée sur l'œil.

Ce traitement n'amena aucune amélioration.

Vers le commencement de mars, l'œil gauche se prend.

Et au mois d'avril le malade vient consulter M. Panas à l'Hôtel-Dieu.

Il rentre à l'hôpital, salle St-Julien le 12 avril.

A ce moment il n'y voyait pas pour se conduire. M. Panas prescrivit des injections d'huile biiodurée d'hydrargyre répétées tous les deux jours.

Le 28 avril, le malade avait reçu sept injections et l'amélioration était déjà notable, surtout du côté droit ; l'œil gauche était beaucoup plus pris.

Examen des yeux. — La cornée de l'œil droit présente une opacité diffuse et profonde qui occupe surtout la partie centrale. La vascularisation périkeratique est très marquée. L'iris paraît sain. La pupille est bien dilatée. Tension normale. Il n'y a pas de photophobie ; au début, elle était très intense.

L'œil gauche est plus pris. La cornée est un peu staphylomateuse. Au centre, on aperçoit une opacité blanchâtre à laquelle aboutissent de fins et nombreux vaisseaux. La vascularisation est très intense. L'iris est complètement caché. La tension est un peu augmentée. De cet œil, le malade distingue seulement le jour de la nuit. Il lui est impossible de compter les doigts.

Ce malade ne présente pas le facies d'Hutchinson ; le nez n'est pas aplati, le menton n'est pas saillant. Mais l'incisive supérieure gauche est tout à fait typique, avec son échancrure médiane, et ses deux saillies sur les côtés. Les oreilles ont toujours été bonnes. Rien du côté des jointures.

8 mai. — La vascularisation kératique et périkeratique de l'œil droit a beaucoup diminué. L'opacité a diminué d'étendue, elle est encore marquée à la partie centrale. L'iris est intact ; la chambre antérieure profonde. Il compte très bien les doigts à 1 m. 50. Peu de photophobie.

L'œil gauche reste toujours très injecté ; la photophobie persiste. Il ne distingue pas encore les doigts de cet œil. La chambre antérieure est profonde. Il n'y a pas de tension.

3 juin. — L'œil droit compte les doigts à 3 mètres, mais le malade

ne peut pas encore lire. Il nous fait remarquer que même avant d'avoir cette affection, il était obligé de rapprocher beaucoup les caractères pour lire, et qu'il portait des verres de myope.

Sur la partie centrale de la cornée on constate encore un fin pointillé occupant $1/2$ centimètre environ. Tout le reste de la cornée est clair. Il y a encore un peu de vascularisation en bas et en dehors.

Avec l'œil gauche, le malade compte les doigts à 20 centimètres difficilement. Malgré cela, cet œil est aussi très amélioré. Il y a 15 jours environ il ne distinguait guère de cet œil que les couleurs.

La cornée dans son ensemble est plus claire ; le trouble est surtout marqué au centre.

Le cercle vasculaire périkératique est encore bien développé.

La photophobie a complètement disparu. La pupille reste toujours bien dilatée, et la tension normale.

Le malade a eu jusqu'à ce jour 21 injections de biiodure d'hydargyre, en même temps qu'il a pris des douches de vapeur et appliqué des compresses chaudes sur ses yeux.

On continue aujourd'hui 3 juin les injections, et on lui fait prendre de l'iode de potassium les jours intermédiaires.

23. — Il a eu 36 injections. Acuité visuelle. OD = $1/8$, difficilement OG. Compte les doigts à 25 centimètres.

30. — La cornée de l'œil droit est presque totalement éclaircie ; il persiste seulement une légère opacité centrale.

A gauche, l'opacité centrale aussi est un peu plus épaisse.

Plus aucune vascularisation sur les deux yeux.

Le malade a eu 40 injections, on cesse aujourd'hui ces injections ; et on prescrit l'iodoforme à l'intérieur.

22 juillet. — A l'examen direct, on ne constate plus de trouble sur la cornée de l'œil droit ; ce n'est qu'à l'éclairage oblique qu'on découvre un léger néphélium.

L'œil gauche est de même presque totalement guéri. Il reste cependant une légère tare centrale. De cet œil le malade peut lire.

Depuis 15 jours, il prend un jour de l'iode, et le jour suivant de l'iodoforme.

Le malade quitte alors l'Hôtel-Dieu.

La guérison de cette kératite parenchymateuse, qui était très intense au début, est survenue en cinq mois environ.

Nous revoyons ce malade au mois d'octobre, il ne conserve qu'un léger néphélium sur les deux cornées.

OBSERVATION 8 (due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami DUPUY-DUTEMPS).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Le nommé L. B..., âgé de 24 ans, ébéniste, entre le 13 janvier 1897, à l'Hôtel-Dieu, présentant une double kératite parenchymateuse.

Le père est bien portant ; la mère est morte il y a deux mois subitement. Elle n'aurait eu aucune fausse couche. Deux frères sont morts de fièvre typhoïde, dont l'un avec complication de pleurésie.

Notre malade a toujours joui d'une bonne santé. Pas de syphilis acquise, pas de rhumatisme, pas de ganglions. Blennorrhagie légère il y a 2 ans. Les dents sont très bonnes. Il ne présente aucunement le faciès d'Hutchinson, il n'a aucun stigmaté d'hérédosyphilis. Il a eu la grippe soignée à l'hôpital Tenon. Le malade incorporé au régiment est réformé après examen du conseil de réforme pour bronchite spécifique. Depuis il tousse et crache. L'amaigrissement qui était notable a diminué. On constate avec un bon appétit un peu de pâleur de la face, quelques sueurs nocturnes, pas de vomissements.

Induration des deux sommets, submatité. Frottements de pleurésie sèche, surtout vers l'aisselle droite.

Vers le mois d'août 1896, l'œil gauche, sans cause appréciable, rougit peu à peu, présente de la photophobie ; en même temps la vision baisse progressivement, larmoiement. Pas de douleurs oculaires, ni péri-oculaires.

Au mois d'octobre, c'est-à-dire deux mois après, le malade va consulter M. Dehenne qui le traite avec atropine, pommade à l'iodoforme, et sirop de Gibert pendant 8 jours.

Pendant ces quatre mois de traitement, il y eut deux améliorations avec deux rechutes.

Le 13 janvier, il entre à l'Hôtel-Dieu où il est soigné avec atropine et pommade à l'iodoforme, sans traitement général.

Six jours après son entrée, l'œil droit jusque-là sain, commence à rougir, à larmoyer, sans que l'acuité visuelle baisse. On y instille un peu d'atropine.

Examen des yeux. — On constate sur l'œil gauche une infiltration diffuse et profonde de la cornée qui est prise dans toute son étendue. Des vaisseaux profonds la parcourent en se dirigeant vers le centre. Ils sont très fins. Il y a de l'injection périkératique et une photophobie moyenne, la chambre antérieure est profonde et paraît claire. On voit à travers le trouble nébuleux de la cornée l'iris avec une synéchie postérieure totale. La pupille est étroite, irrégulière, et n'agit pas sous l'action de l'atropine. A travers cette pupille, on ne trouve aucun dépôt exsudatif. L'œil n'est pas éclairable. Tonus normal. Le malade compte les doigts à 0 m. 50.

L'œil droit est beaucoup moins injecté et réagit à la lumière. Légère injection périkératique. La cornée est parfaitement transparente sauf au voisinage du centre où l'on aperçoit quelques petits points blancs sur la membrane de Descemet.

La pupille est largement dilatée sous la seule influence de l'atropine instillée, dans l'autre œil. On aperçoit à la surface de la cristalloïde

un dépôt pigmenté, reste d'une adhérence rompue de l'iris. Pas d'opacités cristalliniennes.

L'examen ophtalmoscopique montre un trouble diffus du corps vitré sans corps flottants. On n'aperçoit pas de lésions du fond de l'œil. Tonus normal. Acuité visuelle 1/3.

Injectons d'huile biiodurée deux fois par semaine.

OBSERVATION 9 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie inconnue. — Pas de syphilis.

La nommée Blanche L..., âgée de 21 ans, se présente en mai 1897 à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr K a l t, pour une kératite parenchymateuse de l'œil gauche.

Le père et la mère sont bien portants.

Deux enfants dans la famille. Pas de fausse couche chez la mère.

Une sœur bien portante.

Notre malade est l'aînée. Elle n'a jamais fait de maladies. Pas de syphilis acquise.

Depuis 4 semaines, l'œil gauche est pris. Douleurs légères et photophobie.

Toute la cornée en ce moment est envahie par un trouble diffus, surtout marqué à la partie centrale. On aperçoit un fin pointillé sur la cornée. Le trouble est nettement parenchymateux.

Il existe une vascularisation périkeratique très intense, surtout en dedans.

L'iris paraît sain. La pupille est largement dilatée sous l'influence de l'atropine. La chambre antérieure est profonde ; la tension normale. La vision est nulle de ce côté. C'est à peine si la malade distingue le jour de la nuit.

L'œil droit est sain. Aucune lésion profonde.

Denture excellente. Les oreilles également sont très bonnes.

Pas du tout le facies hérédosyphilitique.

Très bien réglée.

Comme traitement, on prescrit de l'iodure de potassium et des frictions à l'onguent napolitain.

Ce qui nous frappe tout particulièrement dans cette observation, c'est le bon état général de la malade. Elle est forte, bien constituée. On ne trouve aucune trace de syphilis, ni héréditaire, ni acquise. Pas de tuberculose. Pas de rhumatisme.

OBSERVATION 10 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique.

La nommée E..., âgée de 17 ans 1/2, se présente en juillet 1897 à la clinique de MM. les Drs de Wecker et Masselon pour une double kératite parenchymateuse.

Le père, âgé de 49 ans, est bien portant actuellement, mais il aurait eu la syphilis.

La mère jouit d'une bonne santé.

Neuf enfants dans la famille, cinq garçons et quatre filles. Sept sont morts, tous jeunes. Les deux premiers sont venus morts-nés. Les cinq autres sont morts entre six mois et deux ans. Notre jeune malade est la 4^e. L'unique sœur qui lui reste est âgée de 4 ans 1/2.

Cette jeune fille a eu une bronchite à l'âge de 2 ans, puis la rougeole. Son facies n'a rien d'Hutchinsonien.

Ses dents ne sont nullement caractéristiques.

Les oreilles sont très bonnes.

Elle est myope depuis l'âge de douze ans.

Examen des yeux. — L'œil gauche a été pris le premier le 20 mars 1897.

Il est devenu rouge et trouble.

La malade va consulter un médecin de son pays qui lui prescrit du sirop de raifort iodé, et un collyre à l'atropine.

Un autre médecin consulté quelques jours après ordonne des frictions, de l'atropine également et du sirop de Gibert.

Le 7 juillet 1897, c'est-à-dire trois mois après le début de l'affection, elle se présente à la clinique de MM. les D^{rs} de Wecker et Masselon. L'enfant à ce moment n'y voit pas pour se conduire. Les deux yeux sont pris et il existe une photophobie très intense.

Le second œil, le droit, a été pris un mois environ après le premier ; et c'est cet œil droit qui a été atteint le plus gravement. M. de Wecker nous fait remarquer qu'il en est presque toujours ainsi.

Les cornées des deux yeux sont extrêmement troubles ; elles sont totalement prises. Il y a une injection périkeratique des plus intenses.

Sur l'œil droit, on remarque à la partie centrale de la cornée de petits points blanchâtres, rappelant tout à fait ceux que l'on rencontre dans la plupart des kératites parenchymateuses d'origine tuberculeuse. Ils paraissent siéger dans la membrane de Descemet. Les pupilles sont peu dilatées ; la chambre antérieure est assez profonde. Le tonus est normal.

La malade, ne distingue guère le jour de la nuit.

Elle a été réglée à 15 ans ; et elle nous fait remarquer que ses règles ont été toujours très abondantes.

M. le D^r de Wecker propose des injections de sublimé. Mais la malade ne se représente pas à la clinique.

Quelques jours après nous la rencontrons à l'Hôtel-Dieu et nous la présentons à notre maître, M. le professeur Panas. Ce dernier prescrit des injections d'huile biiodurée d'hydrargyre, des instillations d'atropine, et ensuite une cure d'iodure de potassium.

La malade retourne en province suivre ce traitement.

OBSERVATION 11 (personnelle).

Kératite parenchymateuse ancienne. — Origine tuberculeuse probable.

La nommée G..., âgée de 26 ans, brosière, se présente pour la première fois en mars 1893 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Son père qui est mort d'un accident n'aurait jamais fait aucune maladie. La mère est vivante et bien portante ; mais elle serait sujette aux érysipèles.

Notre malade a eu la rougeole et des fièvres *intermittentes*. Ces fièvres la prenaient tous les mois environ. Les yeux à ce moment n'avaient rien. Elle a cinq sœurs. Un frère est mort à l'âge de 3 ans de péritonite.

Elle est la sixième enfant de la famille.

Ses autres sœurs se portent bien sauf l'aînée, qui a une *coxalgie* qui aurait débuté à l'âge de dix ans et aurait été soignée par Marjolin et M. Panas.

En 1880, à l'âge de 9 ans, ses yeux ont commencé à se prendre. C'est le droit qui a été pris le premier et quelques jours après l'œil gauche aurait été atteint.

Trois semaines après, elle va consulter M. Fieuzal qui lui ordonne de mettre de l'atropine et des compresses chaudes et de prendre de l'huile de foie de morue.

Plus tard, il prescrit de l'iodure de potassium.

La kératite avec ce traitement s'est améliorée. Mais la malade néglige de se soigner pendant plusieurs mois.

En 1888, elle va consulter M. Abadie qui lui fait des piqûres au bichlorure. On lui fit ainsi 50 injections.

Elle cesse encore tout traitement jusqu'en 1893.

En mars 1893, elle vient à l'Hôtel-Dieu consulter M. Panas. On lui trouve encore de la kératite parenchymateuse sur les deux yeux. On lui donne de l'iodure de potassium combiné au biiodure.

En septembre de la même année on lui fait 20 injections d'huile biiodurée.

L'année suivante en avril 1896 deux séries de 50 injections.

En juin 1897, on recommence de nouveau ces injections. A ce moment, il existe sur les deux cornées un trouble diffus, nettement interstitiel surtout marqué au centre ; mais ce trouble est peu intense. Il n'y a pas de vaisseaux.

Des 2 côtés, les pupilles sont largement dilatées. L'iris est sain ; la chambre antérieure est profonde. La malade a le facies scrofuleux. Elle porte quelques cicatrices d'abcès froids au cou du côté droit.

Les dents ne sont pas très bonnes, mais les incisives supérieures ne présentent pas l'encoche spéciale.

Les oreilles sont bonnes.

OBSERVATION 12 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

La nommée Alphonsine L..., âgée de 26 ans, se présente en juin 1897 à la clinique de MM. les D^{rs} de Wecker et Masselon pour une kératite parenchymateuse de l'œil droit.

Son père est mort de phthisie, sa mère d'une maladie de cœur. Douze enfants dans la famille, onze sont morts, tous en bas âge ; le plus âgé avait 2 ans 1/2.

Notre malade était la huitième.

Jusqu'à l'âge de 20 ans elle fut bien portante. Réglée à 15 ans, elle a toujours été bien réglée depuis.

A vingt ans, elle fut soignée à l'hôpital Laënnec pour une salpingite. Elle est sujette aux maux d'estomac. Pas de facies d'Hutchinson.

Les dents ne sont pas très bonnes, mais aucune ne présente le type caractéristique, les incisives supérieures sont normales.

Examen des yeux. — L'œil droit a été pris il y a deux mois. La vue était excellente auparavant. Il est devenu douloureux et s'est troublé peu à peu.

Au bout de 15 jours, elle va consulter à la clinique des Quinze-Vingts où elle a été soignée pendant trois semaines. On lui donne de l'atropine et de la pommade jaune.

Trouvant que ce traitement était inactif, elle est venue à la clinique de M. le D^r de Wecker le mercredi 24 juin. On lui a fait alors chaque jour des injections sous-cutanées de sublimé à 1/100.

La cornée de l'œil droit est le siège d'une opacité intense ; en même temps elle est recouverte de nombreux et fins vaisseaux. Il y a beaucoup de photophobie.

Le 30 juin, on trouve encore le même état, mais le trouble paraît plus marqué dans la moitié supérieure de la cornée. Le cercle vasculaire périkératique est très développé. La photophobie a beaucoup diminué. La pupille est difficile à voir.

L'iris paraît sain ; la chambre antérieure est profonde. Tonus normal.

De cet œil, la malade ne peut compter les doigts.

L'autre œil est sain, le fond de cet œil est normal, pas de choréïdite. L'acuité est égale à 1.

En huit jours, la malade a été très améliorée par ces injections sous-cutanées de sublimé.

En raison de la grande mortalité dans la famille, nous croyons devoir rattacher ce cas à l'hérédo-syphilis ; mais d'un autre côté, nous ne trouvons pas les autres stigmates de la syphilis héréditaire et cette dernière apparaissant à un âge aussi avancé est rare.

OBSERVATION 13 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Origine tuberculeuse probable.

Le nommé G... Charles, âgé de 18 ans, se présente le 29 juin 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Kalt.

Père, mort de la poitrine.

La mère est bien portante. Cinq enfants dans la famille. Deux sœurs sont mortes, l'une à 15 ans de fièvre typhoïde, l'autre est morte au bout de quelques mois. Il lui reste deux sœurs qui sont mariées et bien portantes.

Notre malade est le plus jeune de la famille.

Il a eu une fluxion de poitrine à 12 ans et pendant très longtemps des écoulements d'oreilles. Il est aussi sujet aux épistaxis.

On trouve beaucoup de ganglions cervicaux à la nuque et dans la région sous-maxillaire. Ils sont nombreux surtout du côté droit.

Ce jeune homme paraît d'une faible constitution.

Il n'a aucunement le facies d'Hutchinson. Il possède une très belle denture ; ses oreilles sont très bonnes. Suspectant l'origine tuberculeuse de l'affection, on ausculte les poumons. Il existe une respiration faible aux deux sommets, en même temps qu'une diminution notable du murmure vésiculaire surtout du côté droit.

Examen des yeux. — L'œil droit est pris depuis 3 semaines. La cornée est dépolie. On trouve sur cette membrane un fin pointillé, surtout marqué à la partie centrale.

Il existe une vascularisation périkeratique très intense. La pupille est plutôt petite. Le tonus est normal ; et il n'y a que très peu de photophobie.

L'œil gauche est sain, et ne présente aucune lésion choroidienne.

Comme traitement, on prescrit de l'atropine, des compresses chaudes, et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION 14 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine scrofuleuse.

Le nommé G... Lucien, âgé de 15 ans, se présente le 9 juillet 1897 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite.

Son père est asthmatique. Sa mère bien portante, cette dernière a eu une fluxion de poitrine il y a 8 ans. Elle est très nerveuse. Quatre enfants dans la famille, le premier et le dernier seulement sont vivants ; les autres sont morts, l'un au bout de 8 jours, l'autre à trois mois, tous les deux de convulsions. La mère n'a fait aucune fausse couche.

Notre jeune malade n'a jamais eu aucune maladie. Ses yeux sont pris depuis 3 mois.

C'est l'œil gauche qui a été pris le premier, 15 jours environ avant l'autre. Le médecin consulté a prescrit de la pommade au précipité rouge, des compresses chaudes sur les yeux et de l'atropine.

Ce traitement a été suivi régulièrement pendant 3 mois, sans presque aucune amélioration.

Le 9 juillet, il se présente à l'Hôtel-Dieu.

Les deux yeux sont pris. La photophobie est très intense ; l'œil gauche est un peu douloureux. L'enfant n'y voit pas pour se conduire.

Examen des yeux. — On remarque un trouble intense sur la cornée de l'œil gauche. Toute cette cornée est envahie par l'opacité. On distingue quelques petits points blanchâtres au centre rappelant la granulie. Il existe un grand nombre de vaisseaux péri-cornéens.

L'autre œil, le droit, est moins atteint.

Mais, même de cet œil, le malade ne peut rien distinguer.

La cornée est également le siège d'un trouble diffus et profond. Au centre, il existe une plaque un peu plus épaisse et blanchâtre.

Les vaisseaux sont très développés sur la cornée, ainsi qu'autour de cette membrane.

Le crâne de cet enfant présente un peu l'aspect hydrocéphalique.

Pas de glandes, pas de gourme ; pas de troubles articulaires. Depuis qu'il a mal aux yeux, son nez est le siège d'un écoulement constant.

Les dents sont très bonnes. La voûte palatine est large. Les oreilles sont excellentes.

Comme traitement, M. Panas prescrit de l'atropine, des compresses chaudes et de l'iodoforme à l'intérieur.

OBSERVATION 15 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. — Récidive.

Le nommé D... Alexandre, âgé de 27 ans, se présente en juillet 1897, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Il a perdu son père qui est mort de pneumonie. Sa mère est bien portante. Trois enfants dans la famille ; les deux premiers sont morts tout jeunes entre 6 mois et 2 ans. Notre malade est le dernier. Il a eu la rougeole étant enfant.

Les yeux ont été pris pour la première fois en 1881. Il serait resté un an environ sans y voir. C'est un médecin du Havre, le Dr Brière, qui l'a soigné à cette époque. Les deux yeux ont été pris ensemble. On lui aurait prescrit alors des frictions, de l'atropine, et des compresses chaudes sur les yeux.

Sous l'influence de ce traitement il se produisit une amélioration notable ; mais il est toujours resté depuis un peu de trouble de la vision.

De 1882 à 1897, sauf ce léger trouble persistant, le malade n'a pas eu d'autres complications oculaires.

Au commencement de mai 1897, l'œil gauche est devenu rouge brusquement, et très douloureux ; il y eut beaucoup de photophobie. Depuis ce jour, le trouble a été en augmentant.

Aux Quinze-Vingts où il est allé consulter, on lui a donné de l'iodure de potassium et de l'atropine. Deux jours après, il va chez M. Galezowski qui lui ordonne des frictions mercurielles.

Le lendemain 9 juillet il se rend à l'Hôtel-Dieu. A ce moment, nous ne lui trouvons plus de photophobie, plus de douleur et aucun larmoiement.

Examen des yeux. — Les cornées des deux yeux sont légèrement nébuleuses. La chambre antérieure des deux côtés est profonde. La pupille moyennement dilatée.

A l'examen ophtalmoscopique, on trouve des plaques pigmentaires vers l'ora serrata.

Le palais est ogival. Pas de facies d'Hutchinson. Les *dents incisives sont bonnes*. En 1881, lors de la première atteinte, il aurait eu une légère surdité. Les oreilles sont très bonnes maintenant.

Il y a six ans, il eut une légère atteinte d'arthrite blennorrhagique au genou droit.

27 juillet. — L'œil gauche reste toujours beaucoup plus pris. Il existe quelques points blanchâtres à la partie centrale de la cornée. Pas d'injection vasculaire. L'acuité visuelle est de 1/30.

Du côté droit l'opacité est très légère. Acuité visuelle 1/8.

Le fond de l'œil est facilement éclairable à droite, et on aperçoit de nombreuses tâches de choroïdite disséminée.

Le malade est soumis aux piqûres de biiodure. Il en a eu huit actuellement.

La particularité intéressante de cette observation, c'est la *récidive* de cette kératite, 16 ans après la première atteinte.

OBSERVATION 16 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

— Récidive.

Le nommé Q... Alexandre, âgé de 12 ans, se présente le 5 juillet 1897 à la clinique de MM. les Drs de Wecker et Masselon pour une double kératite parenchymateuse.

Les parents sont morts, le père à l'âge de 33 ans, la mère à 32 ans ; tous les deux sont morts de *phthisie*. Il a un frère âgé de 10 ans et une sœur de 5 ans. Sa sœur est atteinte de *coxalgie*.

Chaque hiver, notre petit malade a eu des bronchites. Sa dentition est excellente. Ses oreilles sont bonnes.

Il ne présente aucunement le facies d'Hutchinson ; il est pâle, paraît faible et anémique.

Ses yeux ont commencé à se prendre au mois de septembre 1896. Il

a été soigné alors à la clinique nationale des Quinze-Vingts, puis aux Enfants-Malades.

Il est venu pour la première fois consulter M. de Wecker le 1^{er} juillet 1897.

Le 5 juillet, on constate sur l'œil gauche un trouble diffus et profond ayant envahi toute la cornée. Au milieu de cette opacité diffusée on remarque quelques petits points blanchâtres plus saillants. Pas de vascularisation ni sur la cornée ni au pourtour de cette membrane. Pas de photophobie.

La pupille est largement dilatée. L'iris est sain. La chambre antérieure profonde et le tonus normal.

L'œil droit commence à se prendre depuis 2 ou 3 jours seulement. Mais cet œil avait eu une *première atteinte il y a deux ans*.

A l'éclairage oblique, on constate sur la cornée une opacité diffuse et profonde, et comme sur l'autre œil, quelques petits points blanchâtres qui semblent assez particuliers à cette forme de kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Il y a également peu de vaisseaux et pas de cercle vasculaire péri-kératite. Pupille est bien dilatée ; la chambre antérieure profonde, l'iris sain et la tension normale.

Ces opacités diffuses empêchent de voir le fond de l'œil.

Acuité visuelle. OG = 1/8, OD = 1/3.

A l'auscultation, nous trouvons une respiration soufflante aux deux sommets, et un peu de diminution du murmure vésiculaire. L'enfant n'a jamais eu d'hémoptysies.

Vu les antécédents de ce malade, l'absence des autres signes d'hérédo-syphilis, nous rattachons ce cas à la tuberculose. Il est de plus intéressant de constater que l'on a affaire ici à une kératite parenchymateuse récidivante.

OBSERVATION 17 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie inconnue.

La nommée W.... Aurélie, 17 ans, se présente en juillet 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Trouseau.

Sa mère est bien portante, ainsi que son père. Ce dernier aurait eu la fièvre typhoïde il y a 16 ans. Elle a une sœur âgée de 16 ans. Elle aurait perdu un frère à l'âge de 11 mois, de la fièvre muqueuse. La mère n'a fait aucune fausse couche.

Cette jeune fille a toujours été bien portante. Etant petite, elle a eu la rougeole et la fièvre muqueuse. Elle a été réglée à 14 ans. Depuis, elle est assez mal réglée ; elle n'a jamais souffert du ventre.

La face paraît un peu bouffie, les chairs flasques. Elle n'a nullement les dents d'Hutchinson, ses oreilles sont très bonnes. Pas de facies

rappelant l'hérédo-syphilis. Pas d'arthrites. Aucun signe de syphilis acquise.

Les yeux sont malades depuis le commencement de janvier 1897. C'est l'œil gauche qui a été pris le premier ; puis, l'œil droit, trois ou quatre mois après. La malade est restée un mois sans rien voir de l'œil gauche.

Au mois de janvier, elle vint à l'Hôtel-Dieu où on lui donna de l'iodure de potassium, des compresses chaudes en application sur les yeux et de l'atropine.

Trois semaines après, elle se présente aux Quinze-Vingts. On lui conseille le même traitement, et du sirop de Gibert en plus.

Elle suivit ce traitement pendant 4 mois. Et l'œil gauche était très amélioré alors, quand le droit se prit. Au bout de peu de temps, la vision disparut également de cet œil droit. Contrairement à ce qui arrive dans la plupart des cas, cet œil droit fut moins malade que le premier.

Le 17 juillet, à la lumière directe, les cornées sont assez claires ; sauf celle de l'œil droit où l'on aperçoit encore une petite opacité.

A l'éclairage oblique, on trouve un léger dépoli des deux cornées, plus marqué alors du côté droit. Pas de lésions du fond de l'œil.

Acuité visuelle : OD = $1/4$, OG = $1/3$.

OBSERVATION 18 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. — Récidive.

Yvonne L..., âgée de 13 ans, est amenée en juin 1897, à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Son père est mort il y a 3 ans. Etant au service militaire, il contracte la syphilis. Il était marié depuis deux ans. La mère de notre malade est ensuite contaminée. Elle a des maux de gorge, sa luette disparaît, elle porte de nombreuses traces de syphilis sur tout le corps. Avant d'avoir la syphilis, la mère eut un premier enfant qui est bien portant et âgé de 16 ans actuellement.

Notre petite malade est la seconde. Un troisième enfant est mort de méningite à six mois. L'enfant qui est atteinte de kératite a toujours été faible, souffrante. Ses oreilles coulent depuis très longtemps. Elle entend bien cependant. Les dents sont mauvaises, mais ne présentent pas le type d'Hutchinson. Pas de nodosité aux jarbes, ni de courbures des tibias. Pas de ganglions. La malade n'a nullement le facies d'Hutchinson.

Les yeux sont pris depuis 3 ans. C'est à l'hôpital maritime de Rochefort qu'elle a été soignée d'abord. Les deux yeux ont été pris à la fois. Elle n'y voyait absolument rien à ce moment.

Comme traitement, on lui instillait de l'atropine et on lui faisait prendre du sirop d'iodure de fer. Les deux yeux ont complètement

guéri. Elle y voyait bien quand brusquement l'œil gauche a été repris.

Actuellement à l'Hôtel-Dieu, on lui fait des piqûres au biiodure. Il n'y a pas de photophobie, et l'œil n'est pas rouge.

Il existe un trouble diffus et profond de la cornée, nettement interstitiel, surtout marqué au centre.

La pupille est largement dilatée.

L'iris paraît un peu trouble à la partie inférieure. La chambre antérieure est profonde. La tension est un peu augmentée.

De cet œil, elle compte les doigts à 1 mètre. Impossible d'éclairer le fond de l'œil.

Sur l'œil droit, il persiste encore un léger trouble central de la cornée; mais peu épais. De ce côté, l'acuité visuelle est de 1/6.

Comme traitement, instillations d'atropine plusieurs fois par jour, compresses chaudes sur les yeux et piqûres au biiodure d'hydrargyre trois fois par semaine.

3 août. — L'opacité de l'œil gauche a notablement diminué. Elle n'occupe plus guère que la partie centrale. Pupille dilatée. Plus de vaisseaux. La malade ne fait encore que compter les doigts de cet œil. Elle a eu jusqu'ici 28 injections de biiodure. A partir d'aujourd'hui, iodure de potassium, 1 gramme par jour,

OBSERVATION 19 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. — Récidive.

Adèle L..., âgée de 29 ans, se présente à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu au mois de juillet 1897, pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Elle a perdu son père qui est mort d'une maladie d'estomac. Sa mère est vivante et bien portante. Quatre enfants dans la famille, dont un est mort à 7 mois; les trois autres sont vivants et bien portants.

Notre malade était la troisième. Elle a marché à 16 mois; et petite elle a eu des abcès au cou assez nombreux. Régée très tard à 19 ans.

Il y a deux ans, elle a eu un érysipèle. Mariée il y a trois ans, elle a deux enfants dont l'un est mort à l'âge de deux mois en nourrice; l'autre est très bien portant et âgé de 2 ans. Son mari est très fort et bien constitué.

Au moment de ses dernières couches, elle a eu une péritonite et une bronchite.

Actuellement, elle a encore beaucoup de pertes blanches. A la jambe droite, son tibia en lame de sabre est caractéristique. Rien du côté gauche. Elle n'a pas le facies d'Hutchinson. Elle est forte et grande. Les dents incisives ne présentent absolument aucune déformation.

Actuellement, elle est un peu sourde des deux oreilles; et cette surdité est apparue depuis son deuxième accouchement. Au moment de ses règles, elle fait remarquer que l'ouïe est plus dure, tout récemment les oreilles ont coulé.

. Il y a un an, le 14 juillet 1896, l'œil droit a été pris. Il est devenu brusquement très rouge. Elle a été pendant deux mois environ sans y voir de cet œil.

. Elle est allée à cette époque consulter M. de Wecker qui lui prescrivit des instillations d'atropine et des piqûres au sublimé. On lui en fit huit. Puis, elle vint consulter à l'Hôtel-Dieu où on lui fit également des piqûres au biiodure. Au bout de vingt de ces piqûres, elle fut notablement améliorée.

Au mois de février 1897, elle était presque complètement guérie. Elle n'a plus rien fait depuis là. A ce moment, elle y voyait bien pour travailler; l'œil n'était plus rouge.

Elle est restée ainsi jusqu'au 20 juillet. Et il survint alors une récédive.

. L'œil devint brusquement très injecté. C'est après une nuit de travail à la couture, que le lendemain l'œil aurait été repris. Il est devenu très douloureux. Et en ce moment, il existe de ce côté beaucoup de photophobie.

La cornée est totalement prise. Elle présente une opacité diffuse complète, interstitielle et profonde; mais on aperçoit encore l'iris et la pupille qui est faiblement dilatée. La chambre antérieure est profonde.

Le cercle vasculaire périkératique est des plus intenses. De ce cercle on voit partir de fins vaisseaux qui gagnent le parenchyme cornéen.

Toute la conjonctive bulbaire est de même très injectée. De cet œil, la malade n'y voit absolument rien; elle ne distingue même pas le jour de la nuit.

L'œil gauche est sain; il n'y a aucune lésion du fond de l'œil.

Acuité visuelle = 1.

Comme traitement, on lui donne à prendre une cuillerée à soupe avant chacun des deux principaux repas de :

Iodure de potassium	20 gr.
Eau distillée	500 gr.
Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 10 centigr.

OBSERVATION 20 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine traumatique.

Jacques P..., 14 ans 1/2, se présente le 17 juillet 1897 à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Trousseau.

. Il est atteint d'une kératite parenchymateuse unilatérale.

Son père est bien portant actuellement, mais il a eu la syphilis 4 ans avant son mariage. Et ce n'est qu'après 4 ans d'un traitement très sérieux que son médecin, le considérant comme guéri, lui a permis de se marier. Sa mère est bien portante. A l'âge de 12 ans, elle aurait eu

une maladie des yeux analogue à celle que présente son fils actuellement. Elle n'a fait aucune fausse couche.

Notre malade est fils unique. Il y a six ans, il a été atteint d'un érysipèle qui a été soigné par M. le Dr Brocq à l'hôpital St-Louis. Un an avant, il avait eu les oreillons. Il n'a jamais eu de rhumatisme. Il ne tousse pas.

Le 4 juin, il reçoit un coup de parapluie sur l'œil droit. Son œil auparavant était sain. Deux jours après, cet œil est devenu rouge ; et le troisième jour, la vision était très diminuée de ce côté ; depuis, ça été en augmentant.

Huit jours après, il vient consulter aux Quinze-Vingts. On lui conseille des compresses chaudes et des instillations d'atropine.

Le 17 juillet, nous faisons l'examen de cet œil. La cornée de ce côté est trouble, d'un trouble profond, interstitiel, comprenant les 2/3 de la cornée dans sa partie centrale.

Il existe un cercle vasculaire périkeratique très développé, surtout à la partie inférieure de la cornée. La chambre antérieure est profonde, la pupille bien dilatée ; la tension est un peu augmentée. La photophobie est peu intense. Il n'y a pas de douleurs. Le malade ne peut compter les doigts avec cet œil.

L'autre œil, le gauche, est sain et normal. Pas de lésions du fond de cet œil. L'acuité visuelle = 1.

Les dents sont bonnes. Pas d'encoches aux incisives supérieures. Les oreilles sont excellentes.

Le jeune homme est bien constitué, et paraît jouir d'un excellent état général. Nous auscultons les poumons ; mais nous ne trouvons rien de ce côté. Rien aux jambes.

Comme traitement, on prescrit de l'atropine et des compresses chaudes.

Nous croyons pouvoir affirmer ici l'origine traumatique de cette kératite parenchymateuse unilatérale, ou bien ce traumatisme et cette kératite ne seraient-ils qu'une simple coïncidence, nous ne le pensons pas. Du reste, ce jeune homme ne présente aucune manifestation hérédo-syphilitique.

Le 4 août, l'opacité cornéenne a diminué. Elle occupe surtout la partie centrale. Il existe encore une injection périkeratique notable, de même qu'un certain degré de photophobie. La pupille est bien dilatée. Il compte les doigts seulement à 0 m. 50. Le malade nous dit cependant qu'il sent une amélioration très sensible. Nous le revoyons le 10 septembre, l'amélioration continue.

OBSERVATION 21.

Infiltration cornéenne d'origine traumatique. — Dr DUMONT,
Thèse Toulouse, 1897.

D. D., 38 ans, de Carmeaux, ajusteur. Parents bien portants. Ma-

rié, a deux enfants bien portants. La mère non plus n'a pas d'affection.

Il est fort, bien constitué, et n'accuse aucune maladie. Il n'a jamais souffert des yeux dans son enfance. Il y a quinze ans, contusion de l'œil droit par un éclat d'acier. Pas de réaction. Quelques jours après, nouvel accident. Un éclat d'acier pénètre alors dans l'œil ? Le malade perd la vue, mais il ne souffre pas trop. Il reprend son travail après une quinzaine de jours. Cet œil présente aujourd'hui une cataracte.

Le 15 novembre 1894, le malade reçoit dans l'œil gauche de la limaille de fer. L'œil s'enflamme, devient très douloureux. On lui enlève quelques grains de limaille, mais les douleurs persistent et, le 25 novembre, il se décide à venir à Toulouse. A son arrivée, on constate une kératite interstitielle. On voit sur la cornée, qui est trouble, plusieurs petites opacités disséminées un peu partout. On se demande si on n'a pas affaire à une ophtalmie sympathique. On soumet le malade au traitement par les injections sous-conjonctivales de sublimé, remettant à quelques jours une intervention si les phénomènes ne s'amendent pas.

On fait ainsi quatre injections successives à jours passés ; on prescrit aussi des douches oculaires. Le malade se trouve un peu mieux et sort vers le 15 décembre.

Revenu le 11 janvier, la cornée s'est éclaircie ; il ne reste plus qu'un léger trouble.

Nous avons pensé qu'une semblable infiltration du tissu cornéen, survenue chez un sujet ne présentant aucune tare, ne saurait être attribuée qu'à une lésion traumatique qui en a d'ailleurs marqué manifestement le début.

OBSERVATION 22.

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse. —

D^r DUMONT, *loc. cit.*

Joseph T..., 8 ans, de Carbonne. Parents bien portants, ont eu un autre enfant qui est mort peu de jours après sa naissance. Cependant, pas de signes de syphilis. L'enfant est d'ailleurs bien portant et n'a jamais eu de maladie d'aucune sorte.

Il souffre depuis un mois environ. On s'est aperçu qu'à son œil gauche se développait peu à peu une tache blanchâtre qui occupe le centre de la cornée et s'étend vers la partie inféro-externe. L'opacité est très légère.

La cornée est dépolie à cet endroit et offre un fin granité, simulant un traumatisme. L'enfant avoue d'ailleurs que quelques jours auparavant un petit morceau de bois l'a frappé sur l'œil.

Les symptômes irritatifs font défaut. Venu à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1896, on applique un pansement occlusif qui ne modifie rien.

Les jours suivants, compresses chaudes avec infusion de camomille.

Il part le 30 mai ; on prescrit atropine et compresses chaudes.

Revenu 15 jours après, on constate une très légère amélioration.

Le 30 juin. — la guérison est complète.

De même que dans les deux observations précédentes, nous ne trouvons ici aucune tare héréditaire ; mais étant donnée la bénignité de l'affection et sa courte évolution, nous avons cru pouvoir attribuer cette lésion à un simple traumatisme de la cornée.

OBSERVATION 23 (personnelle).

Kératite parenchymateuse, hérédo-syphilitique.

Blanche S..., âgée de 24 ans, entre le 10 avril 1897 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, pour une double kératite parenchymateuse. Sa mère est morte d'une tuberculose pulmonaire. Le père est bien portant. Huit frères et sœurs dans la famille. Cinq sont morts. Notre malade est la dernière.

Elle a eu la fièvre scarlatine à 14 ans ; à 21 ans, une métrite, qui a été soignée à l'Hôtel-Dieu par M. Polaillon. Elle subit un curettage et se trouve complètement guérie depuis.

Pas de bronchite, ni de rhumatisme souffre un peu de l'estomac ; pas d'hématémèses. Régliée à 12 ans ; les règles ont été régulières et abondantes, durant 6 à 7 jours en moyenne.

Cette malade est grande et forte. Les tissus de la face sont un peu épaissis, les chairs sont flasques, le nez large.

Pas du tout le facies d'Hutchinson.

Les dents et les oreilles sont très bonnes.

Dans la région sous-maxillaire, on trouve, du côté droit quelques ganglions indurés. Il n'y en a pas dans les aines ni dans les aisselles. Les tibias sont très droits. Les poumons et le cœur sont sains.

Lorsqu'elle rentre à l'Hôtel-Dieu le 10 avril 1897, elle n'y voyait pas clair pour se conduire ; elle était accompagnée.

C'est l'œil gauche qui a été pris le premier vers la fin de novembre 1896. Il y a eu d'abord de légères douleurs et une certaine rougeur de l'œil. Au bout de 15 jours elle n'y voyait plus de cet œil. L'œil droit a été pris six mois après, l'autre œil n'était pas encore guéri.

Le 17 juin. — Son œil gauche est très amélioré ; il n'existe plus qu'une légère photophobie et un peu d'infection périkeratique.

La cornée présente une opacité diffuse et profonde, mais surtout marquée à la partie inférieure. Pupille normale, pas d'exsudats. L'iris paraît sain, la tension est normale. L'acuité visuelle est de 1/50.

L'œil droit est difficile à examiner tellement la photophobie est intense. Cet œil est douloureux. Il existe une vascularisation intense, surtout marquée autour de la cornée. De ce cercle périkeratique partent de fins vaisseaux qui se rendent à la partie centrale. Toute la cor-

née est le siège d'un trouble profond et interstitiel, tellement intense qu'il est difficile d'apercevoir la pupille et l'iris. Tension plutôt un peu diminuée.

Depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, on lui instille du violet de méthyle et de l'atropine, on y ajoute les compresses chaudes, les douches et les injections biiodurées.

Aujourd'hui 17 juin, elle a reçu 30 injections. On lui en a fait tous les jours. Pas d'iodoforme à l'intérieur.

Le 30, la cornée de l'œil droit est toujours très trouble, et la pupille impossible à voir. La photophobie est de même très intense. Beaucoup de vaisseaux. La malade ne voit rien de cet œil.

L'opacité de l'œil gauche a presque disparu ; la cornée est redevenue transparente en plusieurs points. La pupille est petite, la chambre antérieure profonde. Peu de photophobie de ce côté.

On cesse les piqûres à ce moment. Elle en a eu 40. On lui fait prendre alors de l'iodure de potassium.

Le 13 juillet, la cornée de l'œil gauche s'est encore un peu éclaircie. L'acuité visuelle est de 1/6 maintenant.

A droite, l'opacité est encore très marquée, et on ne distingue pas encore la pupille. La vascularisation et la photophobie sont intenses.

Le 30, l'œil gauche est presque totalement guéri. Il existe encore une très légère opacité cornéenne ; mais il n'y a plus ni rougeur, ni photophobie. L'iris est sain, la chambre antérieure profonde. L'acuité visuelle à 1/6.

L'œil droit est toujours trouble. Beaucoup de fins vaisseaux traversent la cornée. La photophobie a beaucoup diminué. La malade commence à voir les doigts de ce côté.

Elle prend de l'iodure depuis 5 semaines deux cuillerées par jour.

On cesse aujourd'hui 30 juillet pour lui donner de l'iodoforme à l'intérieur,

Nous l'avons revue plusieurs fois depuis, elle va très bien et la guérison est presque complète.

OBSERVATION 24 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse probable.

Félix C..., âgé de 19 ans, cordonnier, se présente le 28 juin 1897 à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau.

Les parents sont bien portants. Cinq enfants dans la famille, dont trois sont morts en bas âge. Une sœur vivante, âgée de 15 ans et bien portante.

Notre jeune malade est le deuxième.

Il y a deux ans, à 17 ans, il a eu une pleurésie qui a duré 15 jours.

Actuellement, il paraît fort et jouit d'une excellente santé.

Il n'a aucunement le facies d'Hutchinson. Deux incisives médianes légèrement érodées, mais nullement caractéristiques. Les oreilles sont très bonnes. Son œil droit a été pris il y a 5 semaines.

Il existe de ce côté une photophobie très légère, mais l'injection périkératique est assez intense. Le tonus est plutôt un peu diminué.

La cornée est complètement trouble et présente un aspect dépoli dans toute son étendue. Plaques de pannus en divers points de la périphérie, surtout en haut et en dehors. Pupille petite. Peu de douleurs. Il voit la main sans compter les doigts.

L'œil gauche est indemne ; mais il existe un léger astigmatisme mixte qui ne donne qu'une acuité de $1/2$.

A l'ophtalmoscope, pas de choréïdite, mais il existe des fibres myéliniques très nettes, sans autre lésion.

Comme traitement, on lui ordonne des frictions à l'onguent napolitain, des instillations d'atropine et des compresses chaudes.

Le 7 juillet, trouble cornéen moins marqué, du moins à la périphérie. Plus aucune photophobie. Rougeur périkératique surtout marquée en bas.

Le 22, la cornée est très éclaircie. L'opacité n'occupe plus guère que la partie médiane et inférieure. Iris sain. Pupille bien dilatée. Chambre antérieure profonde. Plus aucune vascularisation.

Etat général continue à être bon.

On peut éclairer maintenant le fond de l'œil, et on aperçoit également de ce côté des fibres à myéline très nettes.

Acuité. Vis. OD = $1/6$; OG = $1/3$.

Le 26. — Même état.

Le 4 août, l'œil gauche commence à se prendre. Il y a déjà quelques jours qu'il est rouge.

La partie temporale de la cornée, un tiers environ, commence à devenir terne. Il existe une légère injection périkératique. La pupille est bien dilatée.

OBSERVATION 25 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

Gustave H..., âgé de 22 ans, musicien, d'origine allemande, se présente le 17 juin 1897 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Son père est rhumatisant, sa mère bien portante. Huit enfants dans la famille. Six sont morts en bas âge. Il lui reste une sœur, âgée de 27 ans, qui est très myope. Il était le septième.

Lui, a toujours été bien portant.

Il y a 3 mois, il a eu une légère atteinte de rhumatisme au cou-de-pied. Pas eu de maladies vénériennes. Il ne tousse pas. Ce jeune homme paraît très fort et très bien constitué. Il n'a nullement le facies de l'hérédo-syphilis. Ses oreilles sont très bonnes ; ses dents sont également

excellentes. Il a une très belle denture. Il a habité Dresde pendant 14 ans. Il est en France depuis un an seulement.

Ce malade est myope.

L'œil gauche est pris depuis 5 semaines. Depuis ce moment, il y a beaucoup de photophobie de ce côté. Toute la cornée présente un trouble nuageux. Et sur cette opacité on remarque un très fin pointillé qui paraît plus marqué sur les parties périphériques de la cornée qu'à la partie centrale.

L'injection périkeratique est très intense. De nombreux et fins vaisseaux envahissent la cornée, surtout à sa partie externe.

La pupille et l'iris sont très difficiles à apercevoir. La chambre antérieure est profonde. Tonus plutôt un peu augmenté. L'autre œil est sain.

Ce malade est venu pour la première fois à l'Hôtel-Dieu il y a cinq semaines. Et depuis ce moment, il prend des injections d'huile biiodurée, instille de l'atropine dans son œil et applique sur cet œil des compresses d'eau boriquée chaude.

Aujourd'hui, 17 juin, il a reçu 12 injections.

L'œil droit accuse une myopie de 6 D. Acuité visuelle : 1 avec 7 D. A l'ophtalmoscope, on trouve un staphylome postérieur très net. Peu de flocons du vitré. Pas de choroïdite.

Le 12 juillet. Amélioration notable ; l'opacité cornéenne a beaucoup diminué. La photophobie et la vascularisation sont de même beaucoup moins intenses.

Le malade a reçu 34 injections.

Le 23. — L'amélioration continue.

La pupille est bien dilatée. Le malade compte les doigts à 1 mètre environ. Il a eu 40 injections. Depuis quinze jours, il prend en même temps 2 cuillerées d'iodure de potassium par jour.

Le 3 août. On ne voit plus guère l'opacité qu'à l'éclairage oblique. Presque plus de vaisseaux. Acuité visuelle, 1/4. L'autre œil reste sain.

Le malade cesse les piqûres, et continue l'iodure de potassium.

Deux mois après, en octobre, nous le revoyons ; il est complètement guéri.

OBSERVATION 26 (personnelle).

Kératite parenchymateuse, consécutive aux oreillons.

Emile R... âgé de 13 ans, se présente le 4 juin 1897, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Les parents sont très bien portants. Cet enfant a eu les oreillons au mois de mars dernier. Ils ont duré 3 semaines. Environ 15 jours après la guérison des oreillons, l'œil gauche s'est pris. La vue était très bonne auparavant.

Il est *fils unique*. Pas une seule fausse couche chez la mère.

Le 4 juin. — On trouve de la photophobie et du larmoiement de l'œil gauche. Cet œil est rouge et injecté. Toute la cornée est envahie par

un trouble diffus et profond. Le cercle vasculaire périkératique est très marqué, surtout à la partie supérieure. La pupille est bien dilatée. Tension normale. L'enfant ne peut même pas compter les doigts de cet œil. Il distingue seulement le jour de la nuit. L'autre œil est sain.

L'enfant ne présente nullement le facies d'Hutchinson. Il n'a pas non plus l'apparence cachectique. Les dents sont bonnes ; les oreilles également.

Il a d'abord été soigné un mois par M. Galezowski qui lui a prescrit des frictions, de l'atropine et des douches de vapeur.

Chez M. A badie, qui est ensuite consulté, on fait des injections.

Enfin, M. Panas conseille les compresses chaudes, l'iodure de potassium et l'atropine.

Le 26 juillet, l'œil gauche est très amélioré. Presque plus d'opacité cornéenne. Pupille normale et iris sains. Plus de vascularisation, plus de photophobie.

Mais l'œil droit vient de commencer à se prendre il y a 4 jours, le 22 juillet. Il est devenu larmoyant. A l'éclairage oblique et même à la lumière directe, on constate un trouble cornéen nettement interstitiel qui a envahi la moitié inférieure de la cornée ; la vascularisation existe surtout aussi à la partie inférieure. La pupille et l'iris sont sains, la chambre antérieure est profonde ; le tonus est normal. L'acuité visuelle de ce côté est de $\frac{1}{8}$; celle de l'œil gauche de $\frac{1}{3}$.

Comme traitement, on continue l'atropine, la pommade jaune et les compresses chaudes. En plus, on prescrit une cuillerée d'iodure de potassium chaque matin.

Ce malade n'a reçu aucune injection.

OBSERVATION 27 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie inconnue.

Robert F... âgé de 8 ans, est amené à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau, en juillet 1897.

Les parents sont bien portants. La mère a eu cinq enfants dont quatre sont vivants, une fille et trois garçons. Le premier est mort à 2 ans $\frac{1}{2}$ de méningite. La mère n'a eu aucune fausse couche. Les trois autres enfants sont bien portants. Notre petit malade est le plus jeune. Il a eu la rougeole, aucune autre maladie.

Examen des yeux. — Il y a quatre jours que l'œil droit est pris. Cet œil n'est pas rouge. Il n'y a pas de photophobie, pas de douleurs. Mais il existe une kératite parenchymateuse très nette sur cet œil.

La cornée présente un trouble diffus et profond qui occupe presque entièrement cette membrane. Pas de vaisseaux ni cornéens ni péricornéens. Chambre antérieure profonde. Iris sain. Pupille normale, non dilatée. De cet œil, l'enfant ne peut pas compter les doigts.

Il n'a pas du tout le facies d'Hutchinson ni le front, ni le nez. Il paraît bien constitué. Les dents ne sont pas très bonnes, mais les incisives supérieures ne présentent aucun caractère de l'hérédosyphilitis. Rien aux articulations. Tibias normaux.

L'autre œil, le gauche, est très bon.

Acuité visuelle = 1.

Pas de lésions du fond de l'œil.

Comme traitement, atropine, compresses chaudes de camomille et frictions à l'onguent napolitain.

Le 2 août, nous revoyons le petit malade. Il n'a presque plus de photophobie, plus de vascularisation.

L'opacité de la cornée a diminué notablement.

L'enfant compte facilement les doigts à 2 mètres. La pupille est bien dilatée.

OBSERVATION 28 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique.

S... Fabien, âgé de 13 ans, est amené à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau, le 2 août 1897.

Ses parents sont bien portants. Trois enfants dans la famille, dont l'un est mort à 8 mois. Une sœur de 10 ans, bien forte.

Notre jeune malade a eu la scarlatine à l'âge de 6 ans, et plusieurs bronchites. Il paraît bien portant actuellement. Pas le facies d'Hutchinson. Il a de très mauvaises dents, mais aucune des incisives n'est caractéristique.

Ses oreilles sont bonnes. Le palais a la forme ogivale très marquée.

Cet enfant paraît très intelligent ; il apprend facilement. Les jambes et ses tibias sont normaux ; les genoux n'ont rien.

Il a été élevé en nourrice jusqu'à l'âge de 2 ans 1/2.

Les yeux ont été pris il y a très longtemps. Il n'avait alors que cinq ans. Il est resté 3 mois sans y voir.

On est allé consulter alors M. le Dr Abadie qui lui a fait faire des injections, trois par semaine ; et cela pendant trois mois. Ses yeux s'améliorèrent beaucoup par ce traitement.

Quelque temps après, il vint à la clinique des Quinze-Vingts, dans le service de M. Chevallereau qui lui fit prendre de l'iodure de potassium, appliquer des compresses de tilleul sur les yeux, puis des frictions à l'onguent napolitain.

Ce traitement fut suivi plus ou moins régulièrement pendant 5 ans. Depuis, chaque année, le traitement est fait pendant trois mois.

Actuellement, les yeux sont presque guéris. On ne constate plus que des opacités très légères, mais nettement interstitielles dans les 2 cornées. Pupilles normalement dilatées.

A l'ophtalmoscope, on trouve une choréïdite disséminée très nette

sur l'œil droit. De ce côté, le malade ne compte les doigts qu'à 1 mètre. Pas de choroïde à gauche.

L'acuité visuelle de ce côté = $1/4$ avec 3 D.

OBSERVATION 29 (personnelle).

Kératite parenchymateuse, d'origine hérédo-syphilitique.

H... Camille, âgée de 10 ans, est amenée au mois de juin 1897 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Le père est mort de paralysie générale à l'âge de 45 ans. C'était un syphilitique et un alcoolique. Il fut soigné longtemps à l'hospice Ste-Anne. La mère, avant son mariage, avait toujours été bien portante. Mariée à vingt-sept ans, elle ne se rappelle pas avoir eu d'éruption sur le corps, ni de plaques muqueuses dans la bouche, pas plus que de maux de gorge. A aucun moment, ses cheveux ne sont tombés. Rien du côté des organes génitaux.

Six enfants dans la famille. Notre petite malade est la dernière.

Sur ces six enfants quatre sont vivants, dont trois sœurs et un frère. Deux autres petites filles sont mortes de méningite à l'âge de 3 mois.

L'aînée a actuellement 24 ans. Elle est très bien portante. La deuxième est âgée de 19 ans ; bien portante également. Le frère a 11 ans, et enfin la dernière, notre petite malade, est âgée de 10 ans.

D'après les renseignements donnés par la mère, cette enfant aurait toujours été un peu souffrante et faible. Les dents sont apparues très tard. Depuis son enfance, elle a de l'incontinence d'urine. Cette incontinence est devenue intermittente parfois.

Elle a eu la coqueluche, la rougeole et la scarlatine. Elle paraît faible et cachectique. Elle est très maigre ; mais elle ne présente pas le facies d'Hutchinson. Les dents ne sont également pas caractéristiques. Il n'y a pas de surdité ; et elle a toujours bien entendu.

A l'âge de 4 ans, elle a été fortement brûlée en tombant sur un poêle. Elle conserve encore des cicatrices énormes de ces brûlures sur l'abdomen et les deux cuisses. Elle a été soignée alors à l'hôpital Tennon par M. le Dr Félizet.

Examen des yeux. — Les yeux sont pris depuis dix jours ; et tous les deux ont été atteints en même temps. Elle présente de la photophobie et du larmolement.

Actuellement, la vision est encore conservée. Les deux cornées sont troubles et dépolies ; l'iris et la pupille paraissent sains. L'injection vasculaire de la cornée est peu intense ; mais il existe sur les deux yeux un cercle vasculaire péri-kératique très développé.

Avec l'œil droit, elle compte les doigts à environ 1 mètre ; à gauche, à 23 centimètres seulement. Impossible de voir le fond de l'œil.

Comme traitement, on prescrit de l'iodure, de l'atropine et des compresses chaudes.

Le 1^{er} juillet, on constate encore une photophobie des plus intenses ; la vascularisation est toujours très marquée. Les cornées sont extrêmement troubles.

Le 22, la cornée de l'œil gauche est en meilleur état, l'opacité s'est notablement éclaircie. Il existe cependant encore un trouble bien marqué. La photophobie est toujours très intense, la vascularisation de même.

Du côté droit, la kératite est beaucoup plus développée ; l'opacité plus complète, de même que la photophobie et la vascularisation. On fait en même temps des piqûres au biiodure.

Le 3 août, l'œil gauche s'améliore de plus en plus. Pupille bien dilatée, acuité visuelle de 1/10.

A droite, les symptômes restent toujours plus marqués. Elle compte à peine les doigts à 50 centimètres. La photophobie a cependant beaucoup diminué ; l'enfant ouvre bien les yeux maintenant.

Actuellement, elle a eu 15 piqûres de biiodure.

On continue en même temps l'iodure, l'atropine et les compresses chaudes.

Le 2 septembre, plus aucune photophobie. L'œil gauche est complètement guéri. La pupille est très bien dilatée, l'iris sain. Sur l'œil droit existe une légère opacité.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est de 1/2, celle de l'œil droit de 1/6 (à cause de l'atropine).

Pendant ces deux mois, elle a eu 28 injections d'huile biiodurée, une tous les deux jours. Elle a pris en même temps une cuillerée d'iodure de potassium par jour.

Chaque jour également, applications chaudes de compresses de camomille et 6 gouttes d'atropine.

Aujourd'hui on cesse tout traitement, on prescrit simplement un peu de pommade au précipité jaune.

Cette observation est intéressante par la guérison rapide de cette double kératite parenchymateuse qui était très intense. Pendant toute la durée de la maladie, la vascularisation a toujours été très marquée ; ce qui a contribué très vraisemblablement à cette rapide guérison.

OBSERVATION 30 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie (Diphthérie et chorée).

Georgette M..., âgée de 14 ans, se présente en mai 1897, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Père et mère bien portants, très forts. Grand-père maternel mort de la poitrine. Trois enfants dans la famille : un garçon mort à huit ans de la fièvre typhoïde, un autre petit garçon à 5 mois.

Notre petite malade a eu la diphtérie il y a deux ans. Aux Enfants-Malades on lui a fait deux injections de sérum de Roux ; l'enfant n'eut pas d'albumine. Cette diphtérie a duré une quinzaine de jours. Il y eût peu de fausses membranes. Depuis, l'enfant se plaint de quelques douleurs dans les muscles du bras et de l'épaule gauche.

Jusqu'à l'âge de huit ans, elle est restée très petite et faible ; depuis, elle est devenue forte. Elle est loin d'avoir ce facies cachectique qu'on rencontre souvent chez les malades atteints de kératite parenchymateuse. Ses dents sont très belles. Elle présente un état général excellent. Ses oreilles sont très bonnes.

Il y a un an, elle eût une légère atteinte de chorée qui dura un mois. On lui prescrivit alors des douches, du bromure de potassium et de l'antipyrine. Cette enfant présente un peu de strabisme convergent depuis son bas âge.

Sa kératite est apparue il y a 6 mois. C'est l'œil droit qui a été pris le premier.

Actuellement, elle ne conserve sur cet œil droit qu'une tache légère.

M. Panas lui ordonna de la pommade au calomel, de la pommade jaune ; plus tard de la poudre de calomel, des douches de vapeur et des compresses chaudes.

L'œil gauche a commencé à se prendre vers le mois de novembre 1896. Il a commencé par devenir rouge. Et vers le 15 décembre, elle n'y voyait plus de cet œil.

Actuellement, la cornée est complètement opacifiée et dépolie : trouble qui est nettement parenchymateux. Il y a très peu de vascularisation. La photophobie qui avait été très intense au début a disparu. L'iris est difficile à voir. De cet œil, elle ne distingue que le jour de la nuit.

Cette jeune fille est réglée depuis le mois d'octobre 1896. Les règles sont abondantes. Elle a environ 12 à 15 jours d'avancé.

Aujourd'hui, 31 mai, on commence la première injection d'huile biiodurée.

Le 10 juin, la cornée de l'œil gauche est toujours très opaque ; toujours peu de vaisseaux. La pupille est bien difficile à apercevoir. L'enfant ne peut pas encore compter les doigts.

L'œil droit conserve une petite taie centrale, reste de la kératite. De cet œil, elle compte les doigts à 2 mètres environ.

Jusqu'ici, elle a eu cinq piqûres. On lui met en outre de l'atropine, de la pommade au calomel et des compresses chaudes.

Le 22 juillet, la cornée semble s'éclaircir sur ses bords ; mais toute la partie centrale est encore bien prise. La vascularisation et la photophobie n'ont plus reparu.

Jusqu'à ce jour, elle a eu 28 injections.
Nous l'avons revue plusieurs fois depuis, l'amélioration est très lente.

OBSERVATION 31 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Rachitisme, pas de syphilis.

L'enfant C... Armand, âgé de 7 ans, est amené, le 4 août 1897, à la clinique nationale des Quinze-Vingts dans le service de M. le Dr Valude.

Il y a été amené pour la première fois en avril 1896 pour une double kératite parenchymateuse.

Il habite Poitiers où il a été soigné longtemps par le Dr La trille.

Les parents sont bien portants.

Deux enfants dans la famille, dont une petite fille morte à 13 mois de choléra infantile.

Notre petit malade est le second.

Il paraît faible, petit, cachectique, le ventre est gros; la poitrine très maigre sans déformation thoracique.

Crâne hydrocéphalique. Nez normal. Les dents sont bonnes, les incisives normales. Les oreilles sont également bonnes. Les jambes sont petites; les tibias ne sont pas incurvés. Genoux un peu déformés, épaissis.

Examen des yeux. — Les yeux ont été pris pour la première fois en novembre 1895. C'est l'œil droit qui a été atteint le premier; l'œil gauche s'est pris huit jours plus tard. La photophobie a été très intense.

Actuellement les deux yeux sont encore malades. Les deux cornées, surtout celle de gauche, sont très troublées.

A l'éclairage oblique, on note sur l'œil droit quelques opacités disséminées; mais cet œil s'est beaucoup éclairci, d'après les renseignements donnés par la mère. La pupille est bien dilatée; l'iris est sain. Avec cet œil, le petit malade compte les doigts à environ 2 mètres.

La cornée de l'œil gauche est notablement plus trouble et plus dépolie, surtout à la partie inférieure.

L'iris et la pupille s'aperçoivent difficilement. Les doigts ne sont guère comptés qu'à 20 centimètres.

Comme traitement, on prescrit à l'enfant des cachets d'iodoforme à la dose de 15 centigrammes par jour.

OBSERVATION 32 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine utérine.

Madame F..., 30 ans, se présente en juin 1897 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une kératite parenchymateuse unilatérale de l'œil gauche.

Les parents sont bien portants. Cinq enfants dans la famille, aucune

fausse couche chez la mère. Trois des enfants sont morts en nourrice, mais d'accidents. Une sœur vivante et bien portante, âgée de 20 ans.

Madame F... est mariée; son mari est très fort et n'a fait aucune maladie.

Cette dame a souffert longtemps de métrites. Etant petite, elle a eu la rougeole et une bronchite. Elle n'a pas d'enfants, et n'a fait aucune fausse couche.

Rien du côté des jambes. Tibias très droits. Pas de ganglions. Pas de rhumatisme.

Elle paraît très forte, elle est grande et grosse. Denture superbe. Voûte palatine normale. Oreilles excellentes.

Examen des yeux. — L'œil gauche qui est malade a été pris pour la première fois le 15 janvier 1897. Au moment des règles, l'œil devient un peu douloureux.

Actuellement, toute la cornée est envahie par une opacité diffuse et nettement interstitielle, avec une vascularisation périkératique énorme. De fins vaisseaux pénètrent également dans les lames de la cornée.

De cet œil, la vision est nulle. L'iris semble sain. La pupille est impossible à voir. La tension paraît légèrement augmentée.

L'autre œil est sain. De ce côté, l'acuité visuelle est égale à 1. Fond d'œil normal.

Aujourd'hui 22 juillet, cette malade a eu 18 injections d'huile biiodurée. Elle prend dans l'intervalle des cachets d'iodoforme; elle en a pris 45.

Depuis quelque temps, elle est à l'iodure de potassium. En même temps, applications de compresses chaudes de camomille.

Le 5 août, l'œil gauche est toujours très pris. Vascularisation kératique et périkératique très intense; encore beaucoup de photophobie. Elle ne voit absolument rien de cet œil.

On continue les piqûres.

OBSERVATION 33 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Origine tuberculeuse probable.

Marguerite B..., âgée de 11 ans 1/2, est amenée le 4 juin 1897 à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Les parents sont très bien portants. Ils n'ont jamais eu aucune maladie. Quatre enfants dans la famille. Celle qui est atteinte de kératite est la première; la deuxième est morte à 4 ans 1/2 de méningite tuberculeuse; le troisième est un garçon qui a 7 ans, il a eu quelques ganglions d'origine scrofuleuse dans la région cervicale qui ont très bien disparu par un traitement fortifiant, huile de foie de morue, quinquina, jus de viande. Enfin le quatrième enfant, un petit garçon, est mort à 20 mois de convulsions.

Notre petite malade a eu la rougeole à l'âge de 2 ans et une angine en 1896. Actuellement, elle n'est pas encore réglée. Elle n'a pas eu de rhumatisme.

Pas de nodosités aux jambes, ni de courbures. Elle n'a nullement le facies d'Hutchinson; les dents ne sont pas bonnes, mais les incisives supérieures n'ont pas l'échancrure spéciale. Les oreilles sont excellentes. Elle a toujours eu l'ouïe très bonne.

Son œil droit est pris depuis cinq jours. Il est devenu rouge et il existe une photophobie assez intense.

L'œil est très injecté. Le cercle vasculaire périkératique est très marqué, surtout à la partie supérieure où les vaisseaux pénètrent dans le parenchyme cornéen. A l'éclairage oblique, la cornée présente l'aspect de verre dépoli. L'opacité paraît plus marquée à la partie supérieure. La pupille est régulière et l'iris paraît sain. La tension est normale. Le fond de l'œil très difficile à voir l'acuité visuelle sur cet œil est de $1/4$. L'œil gauche voit bien. De ce côté les paupières supérieure et inférieure portent d'anciennes cicatrices de brûlures, et sont un peu déformées.

La cornée et l'iris sont intacts de ce côté. Légère trace de choroïdite tout à fait à la partie périphérique. L'acuité visuelle est égale à $2/3$.

Comme traitement, on prescrit des instillations d'atropine, des compresses chaudes et des frictions à l'onguent napolitain.

Le 18 juin, photophobie encore très intense. Beaucoup de vascularisation et de larmolement. L'enfant ne voit rien de cet œil.

Le 25, l'autre œil, le gauche, commence à être douloureux. On constate de la photophobie et du larmolement de ce côté. La cornée présente un léger trouble à la partie inférieure et il existe à ce niveau un peu d'injection kératique et périkératique.

L'acuité visuelle a baissé. Elle n'est plus que de $1/2$.

L'œil droit reste toujours très injecté; la cornée est très trouble.

Le 30, la cornée de l'œil gauche est maintenant complètement prise et la photophobie est plus intense de ce côté. Cet œil est douloureux.

L'enfant souffrant beaucoup et paraissant très agitée, on lui donne un peu de bromure de potassium, deux cuillerées à café par jour. Elle n'y voit plus de cet œil, pas plus que du droit; de sorte qu'on est obligé de la conduire pendant cette période passagère de cécité.

Le 9 juillet, état à peu près stationnaire. Photophobie toujours très intense, impossible d'ouvrir les yeux. On aperçoit maintenant au centre des 2 cornées un *petit pointillé blanchâtre*, qu'on a trouvé dans beaucoup de cas d'origine tuberculeuse.

Aujourd'hui, on supprime les frictions mercurielles pour faire prendre à la malade de l'iodoforme. Ce médicament est prescrit à la dose de 20 centigrammes par jour, mélangé à de la poudre de café torréfié.

Le 19, la photophobie est encore très marquée. L'opacité cornéenne de l'œil droit semble diminuer. On peut apercevoir assez nettement l'iris.

La cornée de l'œil gauche est beaucoup plus prise maintenant ; mais il existe une très forte vascularisation ; ce qui nous fait bien augurer de la marche et de la guérison rapide de cette kératite.

On continue les cachets d'iodoforme, les compresses chaudes, l'atropine et du sirop iodotannique.

Le 26, amélioration très sensible, surtout à droite. La partie périphérique de la cornée s'est notablement éclaircie ; l'opacité n'existe plus guère qu'à la portion centrale. Vascularisation moins intense, mais il y a encore de la photophobie.

L'œil gauche est encore très pris. Toute la cornée est trouble, on n'aperçoit la pupille que très difficilement.

Le 2 août, la photophobie a presque disparu des 2 côtés. La malade commence à voir de l'œil droit. De ce côté, il existe encore un peu d'opacité à la partie centrale de la cornée. La pupille est bien dilatée. L'enfant compte les doigts à 1 mètre.

À gauche, la kératite est encore assez marquée. Il existe aussi un peu de photophobie de ce côté, beaucoup de vascularisation, de fins vaisseaux qui envahissent perpendiculairement en haut et en bas le parenchyme cornéen. L'enfant ne voit encore rien de cet œil.

Mais il y a une amélioration notable, l'état général est bien meilleur et l'appétit est revenu.

Le 1^{er} octobre 1897, nous revoyons cette jeune malade.

La guérison est presque complète. Elle n'a plus aucune photophobie, plus de vascularisation, sauf un peu à gauche. Il persiste quelques légères opacités sur les deux cornées, surtout sur l'œil gauche.

Son séjour à la campagne pendant deux mois l'a notablement améliorée.

Pendant ces 2 mois, elle a instillé régulièrement de l'atropine deux fois par jour dans chaque œil, fait des applications chaudes et pris chaque jour deux cachets d'iodoforme de 10 centigrammes.

OBSERVATION 34 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Le nommé B..., âgé de 18 ans, est reçu le 2 juin 1897 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Julien, dans le service de M. le professeur Panas. Il est atteint d'une kératite parenchymateuse unilatérale.

Les parents sont bien portants. À l'âge de 3 ans, à la suite d'une chute, il lui est survenu une *tumeur blanche au genou gauche*. Il fut soigné alors à l'hôpital Trousseau ; puis, on l'envoya à Berck pendant deux ans.

À son retour de Berck, il resta plusieurs années sans souffrir, on ne lui avait mis aucun appareil.

À l'âge de 14 ans, il rentre à l'hôpital Tenon. On lui fait une opération qui consiste en une incision et un grattage sur la partie externe de

l'articulation du genou. On lui met ensuite un appareil silycaté qu'il garde pendant 4 ans.

Il y a six mois, il rentre à l'hôpital St-Antoine où on est obligé de lui faire l'amputation de la cuisse du même côté gauche. Une auscultation minutieuse de la poitrine ne nous a rien montré du côté des poumons.

Il a deux frères et une sœur. Il est l'aîné de la famille. Sa mère n'a eu aucune fausse couche. Ses frères et sa sœur sont bien portants.

Il a eu la rougeole dans son enfance, mais aucune autre maladie.

On trouve dans la région sous-maxillaire surtout du côté gauche *quelques ganglions* indurés ; on trouve de même beaucoup de ces *ganglions dans l'aîne gauche*, quelques-uns seulement du côté droit ; il n'y en a pas dans les aisselles.

Presque chaque année, ses yeux sont un peu malades à cette époque.

L'œil gauche est pris depuis 15 jours. La cornée est envahie par une opacité diffuse et profonde, plus épaisse à la partie centrale. Il existe une injection périkeratique très marquée, et de fins vaisseaux pénètrent dans les lames de la cornée. La pupille est peu visible. L'iris paraît sain, la tension est normale. Il y a une photophobie très intense. Le malade voit à peine la main.

Il n'a nullement le facies Hutchinsonien. Il paraît fort. Les *dents* sont très *belles* et très *régulières*. Les *oreilles* sont *excellentes*.

Comme traitement, atropine, violet de méthyle et pommade à l'iodoforme, on ne lui fait pas d'injections d'huile biiodurée.

Le 17 *juin*, l'œil paraît toujours très injecté ; vascularisation périkeratique intense. Toujours beaucoup de photophobie.

A partir d'aujourd'hui, on lui fait prendre des *cachets d'iodoforme* à l'intérieur à la dose de 30 centigrammes par jour.

Le 17 *juillet*, cornée notablement éclaircie, surtout à la périphérie. Le malade ne met pas de compresses chaudes sur son œil ; et il ne prend aucune douche de vapeur.

Le 27, opacité cornéenne diminue de plus en plus ; elle n'occupe plus guère que la partie tout à fait centrale. L'œil n'est plus rouge. Pupille dilatée. Iris sain, chambre antérieure profonde. Tension cependant un peu augmentée.

Actuellement, le malade a pris 30 cachets d'iodoforme. De cet œil, il compte maintenant les doigts à 1 m. 50 environ.

Le 6 *septembre*, on revoit le malade qui a quitté l'hôpital depuis plusieurs semaines. Il n'a plus aucune photophobie. Sur la cornée, il ne reste plus qu'une petite taie centrale.

L'acuité visuelle, malgré les instillations d'atropine, est de 1/8.

Il n'a reçu aucune piqure, ni pris d'iodure. Comme unique traitement, il a pris 60 cachets d'iodoforme. Et la guérison a été obtenue en l'espace de trois mois.

L'autre œil était normal.

Au cours de sa kératite, ce malade a présenté un peu de sclérochoroïdite antérieure.

OBSERVATION 35 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

A... A..., âgé de 15 ans, se présente en juillet 1897, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Son père a eu la syphilis. La mère paraît actuellement bien portante. Elle aurait eu trois enfants et fait une fausse couche.

Deux de ces enfants sont morts en bas âge.

Notre malade a eu la scarlatine à l'âge de 5 ans et la fièvre typhoïde à 11 ans.

Son facies n'a rien de caractéristique. Sa voûte palatine est ogivale ; les dents *incisives* sont bonnes comme toute la denture du reste. Depuis dix mois environ il est un peu dur d'oreilles. Il se plaint de douleurs dans les jointures ; mais il ne présente aucune déformation osseuse.

Examen des yeux. — Les yeux ont commencé à se prendre en avril 1896 ; il y a un an environ. Ils sont devenus très rouges.

L'œil gauche a été pris le premier, puis l'œil droit quelques jours après.

L'enfant est resté presque aveugle pendant un an ; comme traitement il mettait de l'atropine et de la pommade jaune.

Actuellement ses deux cornées sont extrêmement troubles et opalescentes. Il n'y a que la partie tout à fait périphérique qui garde un peu de transparence. Impossible d'apercevoir l'iris et la chambre antérieure. Ni vascularisation, ni photophobie. L'enfant n'y voit rien.

Comme traitement, on lui prescrit des injections d'huile biiodurée d'hydrargyre, des instillations d'atropine, des compresses chaudes et des douches de vapeur.

OBSERVATION 36 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Étiologie inconnue.

Mlle Georgette M..., âgée de 17 ans, employée à la Pharmacie centrale des hôpitaux, se présente le 26 juillet 1897 à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts dans le service de notre maître, M. le Dr Valude pour une double kératite parenchymateuse.

Parents bien portants. Quatre enfants dans la famille dont deux morts en bas âge. Pas de fausses couches chez la mère.

Notre jeune malade a toujours été un peu faible. Elle a souffert d'une bronchite et a eu la rougeole. Elle a été réglée à 12 ans, et toujours bien réglée depuis ; elle perd un peu en blanc. Rien aux jambes ni aux tibias.

Cette jeune fille actuellement paraît forte et très bien portante.

Son facies n'a rien de caractéristique.

Les dents et les oreilles sont excellentes.

La voûte palatine est normale.

Examen des yeux. — L'œil gauche a été pris le premier le 22 juillet 1897.

Il est devenu rouge et larmoyant et la vision a beaucoup baissé, dès le lendemain, l'autre œil s'est pris. Peu de photophobie.

Les deux cornées présentent une opacité diffuse et profonde, les recouvrant dans presque toute leur étendue. Les pupilles sont normales ; la chambre antérieure profonde.

Il y a peu de vascularisation ; peu d'injection péri-kératique.

La tension est normale. Elle compte les doigts à 2 mètres.

Comme traitement, atropine, compresses chaudes, iodure de potassium et sirop iodotannique.

Le 4 août 1897, nous revoyons la malade. Les cornées se sont un peu éclaircies à la périphérie, la vascularisation est moins intense.

OBSERVATION 37 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Héredo-syphilis probable.

Gilberte B..., âgée de 5 ans, est conduite le 15 juillet 1897, à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts dans le service de M. le Dr Chevallereau pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Les parents sont bien portants ; on ne trouve aucune trace de syphilis.

Quatre enfants dans la famille, dont trois sont morts en bas âge ; la mère nous dit que ces enfants étaient très forts. Elle n'a fait aucune fausse couche.

Notre petite malade était la troisième.

Elle a toujours été un peu chétive.

Les dents et les oreilles sont très bonnes.

Rien aux jambes ni aux tibias. Rien aux articulations.

Examen des yeux. — L'œil gauche est pris depuis le 10 juin 1897.

Aujourd'hui, 15 juillet, il existe beaucoup de photophobie ; l'enfant ne peut ouvrir l'œil que difficilement.

A l'éclairage oblique, toute la cornée est trouble, présentant l'aspect du verre dépoli. Peu de vascularisation. Pupille largement dilatée. Iris sain. La chambre antérieure, est profonde. La tension normale. L'enfant ne voit rien de cet œil.

L'autre œil, le droit, est normal. Pas de lésions du fond de l'œil.

Comme traitement, atropine et compresses chaudes d'eau boriquée.

OBSERVATION 38 (personnelle).

*Kératite parenchymateuse survenue au cours d'une grossesse. —
Pas de syphilis.*

Madame D..., âgée de 23 ans, se présente le 4 août 897, à la clinique ophthalmologique de la Faculté de l'Hôtel-Dieu pour une double kératite parenchymateuse.

Ses parents sont bien portants. Sa mère a eu quatre enfants. Deux sont morts en bas âge. Notre malade est la troisième. Il lui reste un autre frère âgé de 15 ans qui est très fort.

Elle est mariée depuis 7 ans.

Son mari, que nous avons interrogé longuement ne révèle aucune trace de syphilis. Il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 17 ans.

Ils ont deux enfants, un garçon âgé de 6 ans et une petite-fille qui n'a que 15 jours.

La mère a toujours été bien portante. Elle n'a fait aucune fausse couche. Les deux enfants sont venus à terme ; la dernière, la petite fille, pesait six livres. L'accouchement a eu lieu à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard.

Au septième mois de sa grossesse, notre malade a commencé à voir un peu trouble. On a analysé ses urines et on n'a pas trouvé d'albumine. Le matin, nous dit-elle, la vue était toujours plus trouble que le soir ; symptôme qui est toujours allé en augmentant jusqu'au moment de l'accouchement. A ce moment, elle n'y voyait plus rien ; elle ne distinguait que le jour de la nuit, comme elle le fait maintenant.

Le début de sa kératite parenchymateuse remonte par conséquent à deux mois et demi.

Cette malade travaille depuis 5 ans dans le cuivre, à la fabrication des cartouches, mais nous ne croyons pas que cette profession ait pu contribué au développement de son affection.

Examen des yeux. — Au moment où elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu, le 4 août. Ses deux cornées sont totalement opalescentes.

Elles présentent l'aspect trouble type de la kératite parenchymateuse diffuse. L'opacité est uniforme et envahit totalement les deux cornées.

Il n'y a aucune vascularisation, aucune photophobie. Les pupilles sont bien dilatées, l'iris semble sain. La chambre antérieure des deux côtés est normale.

Cette malade n'y voit même pas pour se conduire. Elle ne distingue guère que le jour de la nuit. Elle n'a aucunement le facies d'Hutchinson. Les *dents*, sans être très bonnes, ne présentent nullement l'aspect caractéristique décrit par cet auteur. Les oreilles sont excellentes.

La voûte palatine est normale. Les tibias ne présentent aucune déformation. Les poumons sont sains, elle ne tousse pas.

En ce moment, elle relève de couches, elle est un peu faible et nous lui conseillons de ne pas continuer à nourrir son enfant.

Dans ce cas, doit-on faire intervenir l'hérédo-syphilis qui apparaît bien tardivement, et invoquer la grossesse comme cause secondaire ; ou bien, rejetant l'hérédo-syphilis qui paraît bien peu probable ici, doit-on admettre que la grossesse soit la cause déterminante, agissant comme cause de dénutrition et d'affaiblissement.

La malade va être soumise aux injections d'huile biiodurée d'hydrargyre comme le conseille M. le Professeur Panas.

Le 11 septembre, nous la revoyons. Les deux cornées sont très améliorées et la malade nous dit que dès la première piqûre, sa vue s'est un peu éclaircie. En ce moment, les cornées sont encore troublées à leur partie centrale, mais l'opacité est peu marquée ; toute la partie périphérique est éclaircie.

Il n'y a presque pas eu de photophobie ni de vascularisation. La cornée de l'œil gauche est plus claire que celle de l'œil droit.

La malade a subi 28 injections, en même temps qu'elle a mis des compresses chaudes sur les yeux ; pris des douches oculaires ; de même que des instillations d'atropine.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est de $1/4$.

De l'œil droit, elle ne compte même pas les doigts à 25 centimètres.

On supprime aujourd'hui les piqûres, et on lui donne de la pommade au précipité jaune.

OBSERVATION 39 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

Alphonse M..., âgé de 19 ans, se présente le 3 septembre 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts dans le service de M. le Dr Chevallereau pour une double kératite parenchymateuse.

Rien à noter du côté des parents comme antécédents. Sept enfants dans la famille dont deux fausses couches ; quatre autres sont morts en bas âge.

Notre malade est l'aîné. Il est fort, bien constitué, et n'a jamais fait aucune maladie. Pas de syphilis acquise.

Examen des yeux. — Ils ont commencé à se prendre il y a six mois ; c'est l'œil gauche qui a été pris le premier ; l'œil droit a été atteint trois jours après. Le malade est resté environ 40 jours sans y voir.

Deux mois après le début, il est allé consulter M. Abadie qui lui a prescrit de l'atropine et des injections intra-veineuses. On lui a fait trente injections. Il a été très amélioré.

Le 3 septembre 1897, il vient consulter aux Quinze-Vingts. En ce moment, il n'a presque plus de photophobie, sauf un peu du côté gauche. Les deux cornées sont envahies par un trouble diffus et profond, nettement interstitiel. Il existe une vascularisation périkeratique assez

marquée. Les pupilles sont bien dilatées ; l'iris est sain ; la chambre antérieure est normale.

De l'œil gauche, c'est à peine s'il peut compter les doigts à 25 centimètres.

L'œil droit est moins malade.

Ce jeune homme n'a aucunement le type de l'hérédo-syphilis. Il est très fort. Les dents sont mauvaises, mais non caractéristiques, et il affirme qu'elles sont devenues ainsi à la suite des injections intra-veineuses qu'on lui a faites. Pas de surdité ; il entend très bien.

Comme traitement, on lui conseille de l'iodoforme à l'intérieur en même temps que l'atropine et les compresses chaudes.

Bien que ce malade ne présente nullement le facies Hutchinsonien, nous croyons devoir rattacher ce cas à l'hérédo-syphilis, à cause de la grande mortalité en bas âge de ses frères et sœurs.

OBSERVATION 40 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Hérédo-syphilis probable.

Jean M..., âgé de 8 ans, est amené le 20 août 1897, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Valude, pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Le père est aveugle et placé à Bicêtre ; nous ignorons la cause de sa cécité. La mère est bien portante et n'a fait aucune fausse couche. C'est l'unique enfant de la famille.

Cet enfant a toujours été fort. Il n'a pas le facies de l'hérédo-syphilis. Les dents sont mauvaises. Les incisives supérieures n'ont rien de caractéristique mais les incisives inférieures présentent la forme des dents en scie. Les oreilles sont excellentes.

Examen de l'œil. — Il y a 3 semaines que l'œil droit est pris. Il est devenu rouge comme une cerise suivant l'expression de la mère.

En ce moment, la cornée est envahie par un trouble diffus, profond et nettement interstitiel. L'œil est très injecté. L'iris et la pupille sont sains. Le cercle vasculaire périkératique est très développé. La photophobie est intense. Avec cet œil, le petit malade compte les doigts à 25 centimètres seulement. L'autre œil n'a rien.

Les jambes n'ont aucune déformation. L'enfant est bien développé, et ne présente aucun signe de cachexie. Aucun ganglion.

Comme traitement, on lui prescrit de l'atropine, des compresses chaudes et du sirop iodotannique à l'intérieur.

OBSERVATION 41 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Etiologie inconnue.

Demoiselle Marie S..., âgée de 33 ans, modiste, habitant Marseille, se présente le 2 septembre 1897 à la clinique des Quinze-Vingts, service

de M. le Dr Trousseau, pour une double kératite parenchymateuse ancienne.

Son père est mort d'accident.

Elle n'a pas connu sa mère.

Trois enfants dans la famille dont l'un est mort à l'âge de 4 ans. Elle a un frère âgé de 40 ans qui se porte bien.

Notre malade est la plus jeune.

Examen des yeux. — L'œil gauche s'est pris le premier, il y a six ans ; elle avait alors 27 ans ; l'autre un an après. Ce dernier a été le plus atteint. Elle est restée près d'un an sans y voir. On lui a ordonné alors des frictions mercurielles, de l'atropine et de l'iodure de potassium. Ce traitement l'a beaucoup améliorée.

On lui a fait deux iridectomies, l'une à l'œil gauche il y a 4 ans, l'autre à l'œil droit il y a 3 ans.

Actuellement, c'est l'œil droit qui est le plus pris ; la cornée est encore très trouble, trouble diffus et profond, nettement parenchymateux. Pas de vascularisation ; l'iris est sain. A gauche, il n'existe plus sur la cornée qu'une petite tache centrale, reste de la kératite.

Chez cette malade, on ne trouve aucun autre symptôme de l'hérédosyphilis ; pas de surdité, pas de lésions dentaires, pas de facies Hutchinsonien. Rien aux jambes.

On la soumet aux injections de cyanure de mercure.

OBSERVATION 42 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique.

Enfant de 8 ans, est amenée à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Trousseau, le 18 septembre 1897, pour une double kératite parenchymateuse.

Du côté des parents, on ne trouve rien comme antécédents spécifiques. La mère paraît bien portante. Trois enfants dont l'un mort-né au 8^e mois de la grossesse. La mère est mal réglée. Les deux enfants qui restent sont forts et bien portants.

Notre petite malade a eu la rougeole et une broncho-pneumonie, soignée à l'hôpital Trousseau, il y a deux ans. Elle présente un peu le facies hérédosyphilitique, le front est légèrement bombé ; les deux incisives supérieures sont échancrées ; la voûte palatine est ogivale. *Les oreilles sont bonnes.* Les jambes n'ont aucune déformation.

Examen des yeux. — L'œil droit a été pris le premier il y a 3 semaines, l'œil gauche a été atteint 15 jours après. Mais il semblerait actuellement que l'œil droit n'a pas eu une véritable kératite parenchymateuse, car il n'en conserve presque aucune trace maintenant, à part quelques petits points blanchâtres disséminés sur la cornée. De ce côté il n'y a pas de photophobie. A gauche, cette photophobie est très intense. De ce côté, la cornée est envahie dans toute son étendue par un

trouble diffus et profond, très uniforme ; il n'y a pas ce pointillé blanchâtre qu'on rencontre dans les formes tuberculeuses. Il existe une légère vascularisation périkératique.

La pupille est largement dilatée. L'iris est sain ; la chambre antérieure profonde. La tension est normale.

De cet œil, l'enfant compte les doigts à 1 mètre environ.

Pas de lésions à droite, au niveau de l'ora serrata.

Comme traitement, on lui prescrit de l'iodure de potassium, de l'atropine et des applications chaudes.

OBSERVATION 43 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Louise D..., âgée de 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, le 13 juillet 1897, pour une double kératite parenchymateuse grave.

Son père est mort de *tuberculose* pulmonaire à l'âge de 44 ans. Sa mère est morte de fièvre typhoïde à 36 ans. Trois enfants dans la famille dont l'un est mort à 2 ans de méningite. Un frère vivant et bien portant, âgé de 34 ans.

Notre malade a eu la rougeole étant enfant. Mariée depuis 8 ans, son mari vient de mourir de *tuberculose pulmonaire*.

Elle a une fille de 4 ans, bien portante.

Notre malade n'a pas du tout le facies de l'hérédosyphilis. Elle est bien constituée. *Les dents sont très belles et ses oreilles excellentes.*

Il y a deux ans, elle a eu une attaque de rhumatisme. Ce rhumatisme qui a duré 8 mois a atteint presque toutes les articulations. Elle a été soignée à l'hôpital Tenon. Pas de blennorrhagie. Pas de syphilis acquise. Pas de fausses couches.

On ne trouve aucun ganglion pas plus dans la région cervicale que dans l'aisselle et les aines. Rien aux jambes, les tibias n'ont aucune déformation. L'auscultation des poumons ne dénote aucune lésion.

Examen des yeux. — C'est l'œil droit qui a été pris le premier vers le mois d'avril 1897. Il est devenu rouge, douloureux et peu à peu la vision a diminué. L'autre œil ne s'est pris que trois mois après.

Il existe sur les deux cornées un trouble diffus et parenchymateux, surtout marqué à droite. De ce côté, la cornée est très vascularisée, le cercle périkératique très développé. Photophobie intense. L'iris et la pupille sont difficiles à voir. La tension est normale.

L'œil gauche est un peu moins atteint. L'iris est sain ; la pupille bien dilatée ; la chambre antérieure profonde. La vascularisation est moins intense. Il y a également moins de photophobie.

La malade n'y voit pas pour se conduire.

Comme traitement, atropine, compresses chaudes, douches oculaires et paquets d'iodoforme à l'intérieur.

Au bout de quelques semaines de traitement, la malade se trouvant améliorée, quitte l'hôpital sans être complètement guérie.

OBSERVATION 44 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Hérédo-syphilis probable.

Justine Sp., âgée de 31 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Agnès, le 20 juillet 1897 pour une double kératite parenchymateuse.

Elle a perdu sa mère, âgée de 60 ans, d'une maladie de foie. Son père est vivant et bien portant. Cinq enfants dans la famille dont quatre sont morts en bas âge.

Notre malade a eu la rougeole, la variole et la fièvre typhoïde. Elle s'est mariée à 24 ans. Elle n'a fait aucune fausse couche. Elle présente au cou quelques cicatrices anciennes d'abcès froids, et un ulcère variqueux à la jambe droite.

Elle a été réglée à 14 ans et toujours bien réglée depuis.

Elle ne présente pas le facies d'Hutchinson. *Les dents sont bonnes, ses oreilles excellentes* ; la voûte palatine normale.

Rien aux poumons. Pas de ganglions au cou, dans l'aisselle ni dans l'aîne.

Examen des yeux. — C'est l'œil gauche qui a été atteint le premier vers la fin de janvier 1897. Il est devenu rouge et au bout de 8 jours, la malade n'a plus rien vu de cet œil.

Elle va consulter aux Quinze-Vingts où M. le Dr Trousseau lui prescrit des applications de compresses chaudes et de l'atropine.

Trouvant que ce traitement ne l'améliorait pas assez vite, elle se rend à la clinique de M. le Dr Vignes qui lui conseille de mettre des cataplasmes de fécule une heure le matin et une heure le soir et qui en même temps lui fait des injections de cyanure de mercure dans le dos. Elle suivit ce traitement pendant plusieurs mois, et elle parut améliorée.

Il y a trois semaines, l'œil droit s'est pris. Il est devenu également rouge et douloureux. Et depuis 15 jours, la malade n'y voit pas pour se conduire.

La cornée de l'œil gauche est extrêmement trouble ; l'opacité nettement interstitielle recouvre toute cette cornée. Impossible de voir la pupille. Il y a une vascularisation très intense ; le cercle périkératique est très développé. La tension paraît un peu augmentée. L'œil droit est plus douloureux que le gauche. L'opacité est plus marquée ici dans la moitié inférieure de la cornée. Il existe quelques petits points blancs à la partie centrale. La pupille est peu dilatée. L'iris paraît sain, la chambre antérieure est assez profonde.

Le cercle vasculaire périkératique est très marqué. La tension paraît également un peu augmentée. Des deux côtés, la photophobie est très intense.

Comme traitement, on lui prescrit de l'atropine, des compresses chaudes, des douches et des piqûres d'huile biiodurée d'hydragyre.

OBSERVATION 45 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique. — Récidive.

Mademoiselle Rosalie Ch..., âgée de 19 ans, se présente en juillet 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau pour une kératite parenchymateuse de l'œil gauche.

Ses parents, dit-elle, sont bien portants. Mais sur 14 enfants qu'il y a eu dans la famille, neuf sont morts en bas âge; ce qui nous permet d'affirmer l'origine hérédosyphilitique de son affection.

Notre malade est la 3^e. Elle a eu la fièvre typhoïde à 12 ans. Réglée à 13 ans, elle a toujours été bien réglée depuis. Elle est grande, paraît forte et n'a nullement le facies de l'hérédosyphilis.

Bonnes dents, et aucune de caractéristique. Voûte palatine normale. Les oreilles sont également très bonnes.

Les jambes et les tibias ne présentent aucune déformation. — Pas de ganglions.

A l'âge de 9 ans, elle aurait eu une kératite parenchymateuse de l'œil droit qui aurait duré 3 mois. Elle aurait été soignée d'abord par M. le Dr Galezowski, puis aux Quinze-Vingts. Il n'en reste aucune trace maintenant.

A 13 ans, elle aurait eu une récidive de sa kératite sur ce même œil droit; cette seconde atteinte aurait guéri en 2 mois.

L'œil gauche est pris depuis le mois de juillet 1897. — Aux Quinze-Vingts M. Chevallereau lui a prescrit des frictions à l'onguent napolitain, des compresses chaudes et de l'atropine.

Actuellement, 30 septembre 1897, la cornée est envahie dans sa totalité par un trouble diffus et parenchymateux avec une vascularisation périkératique très intense. Il y a beaucoup de photophobie.

La pupille est bien dilatée, la chambre antérieure profonde et la tension normale.

Elle continue les frictions mercurielles.

Nous revoyons la malade le 14 octobre, il y a une grande amélioration. La photophobie et la vascularisation sont presque entièrement disparues. L'opacité s'est notablement éclaircie. La pupille reste toujours bien dilatée.

OBSERVATION 46 (personnelle).

Kératite parenchymateuse au cours d'une syphilis acquise.

Albert Fr..., âgé de 19 ans, serrurier, se présente le 7 août 1896 à la

clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Les parents sont bien portants. Sur douze enfants dans la famille neuf sont morts en bas âge. Il lui reste un frère âgé de 12 ans et une sœur de 10 ans qui se portent bien.

Notre malade est le 5^e. Il a eu la diphtérie étant tout jeune et la scarlatine à 8 ans.

Depuis deux mois et demi, il présente aux bourses des ulcérations au nombre de 4 et dont l'une paraît bien cicatrisée. Ces ulcérations ont tout à fait l'aspect de chancres indurés. Dans les deux aines, on trouve de nombreux petits ganglions très durs. On trouve également un ganglion induré dans la région sous-maxillaire gauche. Il nous affirme n'avoir présenté ni roséole, ni plaques muqueuses depuis son coït infectieux.

A l'hôpital St-Louis où nous l'adressons pour assurer notre diagnostic, le chef de clinique de M. Fournier porte celui de syphilis précoce maligne.

Examen des yeux. — Son œil droit a commencé à se prendre il y a 15 jours. Cet œil a rougi et la vision a baissé rapidement.

Aujourd'hui, 7 août 1897, toute la cornée est envahie par un trouble diffus et nettement interstitiel. Il y a peu de vascularisation. Pas d'iritis. La pupille est plutôt petite, mais réagit à la lumière. Peu de photophobie. De cet œil, le malade compte les doigts à 1 mètre environ. L'autre œil ne présente aucune trace de kératite. Mais l'acuité est également mauvaise de ce côté.

La malade n'a pas le facies d'Hutchinson. Il est fort et bien constitué. Ses dents et ses oreilles sont bonnes.

Malgré la grande mortalité dans la famille, vu les commémoratifs et l'apparition de cette kératite quelques semaines après celle des ulcérations des bourses, nous croyons devoir rattacher cette lésion cornéenne à la syphilis acquise.

OBSERVATION 47 (personnelle).

Kératite parenchymateuse double. — Hérédosyphilis et traumatisme.

Ernest A..., 22 ans, se présente à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau, le 23 septembre 1897 pour une double kératite parenchymateuse.

Son père est mort. Sa mère est sujette aux migraines. Elle n'a fait aucune fausse couche. Elle a eu six enfants dont cinq sont morts en bas âge. Notre malade est le dernier.

Il a toujours été bien portant, pas de syphilis acquise. Il présente un peu le facies hérédosyphilitique.

Pas de dents caractéristiques. Pas de surdité. Rien aux jambes, pas de déformation des tibias. Pas de ganglions.

Il prétend qu'à la suite d'un léger traumatisme sur l'œil gauche survenu le 5 juillet 1897, cet œil serait devenu rouge. Dès le lendemain il aurait eu de la photophobie, et la vision aurait baissé peu à peu. Un mois après, il n'y voyait presque plus de cet œil.

Vers le 25 août, l'œil droit s'est pris, à la suite également d'un traumatisme. En se baissant pour ramasser un objet, son œil aurait porté un peu violemment contre une chaise.

Depuis un mois, le malade y voit à peine pour se conduire.

Aujourd'hui, 1^{er} octobre, il présente une photophobie intense. En arrivant à écarter les paupières avec beaucoup de difficulté, on aperçoit les cornées envahies dans toute leur étendue par un trouble diffus et nettement parenchymateux.

La vascularisation est très développée surtout au pourtour de la cornée.

C'est l'œil gauche qui reste encore le plus atteint. Les pupilles sont bien dilatées. L'iris paraît sain. La tension est normale. Le malade peut à peine compter les doigts.

Comme traitement, compresses chaudes et atropine.

Malgré les traumatismes dont nous parle ce malade, nous ne pensons pas que ce soit là la véritable cause de sa kératite double ; mais bien l'hérédosyphilis, cinq de ses frères et sœurs étant morts en bas âge ; le traumatisme a pu intervenir comme cause adjuvante.

OBSERVATION 48 (personnelle).

Kératite parenchymateuse double d'origine tuberculeuse.

David G..., âgé de 23 ans, rentre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Julien, le 14 septembre 1897, pour une double kératite parenchymateuse.

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Son père est bien portant. Six garçons dans la famille. Il est l'aîné. Tous ses frères sont vivants et bien portants.

A l'âge de six ans, il a eu une *coxalgie* du côté droit. Cette coxalgie s'est développée à la suite d'une chute. Il a été soigné à l'hôpital Trousseau où il est resté deux ans. Il est allé ensuite passer deux ans à Berck-sur-Mer.

Ce jeune homme paraît d'un tempérament faible ; il est peu développé. Mais il ne présente aucunement le facies d'Hutchinson. Il a de *très belles dents*. Les oreilles sont bonnes.

A l'auscultation des poumons, on trouve une respiration un peu affaiblie aux deux sommets. Aucun souffle, aucun râle. Rien aux jambes. Pas de rhumatisme. Pas de ganglions.

Examen des yeux. — Les yeux sont pris depuis un mois ; c'est le droit qui l'a été le premier ; l'œil gauche n'a été atteint que 15 jours après.

Actuellement, c'est encore l'œil droit qui est le plus malade. Il y a

beaucoup plus de photophobie de ce côté. Les deux cornées sont opaques sur toute leur étendue. Il existe quelques petits points blanchâtres sur la partie centrale de la cornée gauche. Nous avons rencontré ce dernier signe dans presque tous nos cas de kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

La vascularisation péri-kératique est très développée, surtout du côté droit. De cet œil droit, le malade n'y voit rien. De l'œil gauche, il compte les doigts avec peine à 25 centimètres.

Comme traitement, atropine, compresses chaude et iodoforme à l'intérieur.

OBSERVATION 49 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique.

Camille D..., âgée de 9 ans, est amenée le 29 septembre 1897 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Les parents sont bien portants. Ils ont eu quinze enfants, douze sont morts la plupart en bas âge ; le plus jeune avait 11 mois quand il est mort. Un autre est mort à 18 ans de fièvre typhoïde ; un troisième à 11 ans d'une maladie de cœur, et un de bronchite à 12 ans.

Notre petite malade est la onzième. Elle ne présente aucunement le facies hérédosyphilitique. Elle a le visage très régulier. Ses dents n'ont rien de caractéristique. Elle n'a pas de surdité. Mais la voûte palatine est ogivale. Les jambes sont très droites, et les tibias ne sont pas déformés. L'enfant est grande et forte, paraît très bien portante.

Examen des yeux. — Son œil droit est atteint depuis un mois. La cornée est envahie dans sa totalité par un trouble diffus, profond et nettement parenchymateux. Aucun point blanchâtre sur la cornée.

Photophobie moyenne ; l'enfant ouvre bien son œil. Il y a une forte injection péri-kératique. La partie supérieure et externe de la cornée est parcourue par de très fins vaisseaux. Elle présente à ce niveau une teinte rouge cerise, on dirait un véritable hématome. La pupille est bien dilatée. L'iris paraît sain. La tension est normale. De cet œil, l'enfant ne peut compter les doigts.

L'autre œil est sain. Pas traces de choroïdite. Cet œil est emmétrope.

Comme traitement, atropine, compresses chaudes de camomille et iodure de potassium.

OBSERVATION 50 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine scrofuleuse.

Demoiselle Marie M..., 22 ans, se présente le 4 octobre 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevallereau pour une kératite parenchymateuse de l'œil gauche.

Rien à noter de particulier du côté des parents. Pas de syphilis. La mère n'a fait aucune fausse couche. Quatre enfants dans la famille. L'un d'eux est mort à 24 ans à la suite de la fièvre typhoïde. Les trois autres sont vivants et bien portants.

Notre malade est la deuxième. Elle n'a jamais eu aucune maladie ; elle paraît avoir un tempérament lymphatique et scrofuleux. Elle porte au cou plusieurs cicatrices d'abcès froids. Elle est très grande et ne présente nullement le facies Hutchinsonien. Elle a de très belles dents ; mais elle est un peu dure d'oreilles.

Rien aux jambes, tibias très droits, sans aucune déformation.

Il y a deux ans, l'œil droit a été atteint de kératite parenchymateuse. L'affection a été guérie complètement en six mois. Actuellement, cet œil n'en porte plus aucune trace. Il n'y a pas de choroïdite.

L'œil gauche est atteint depuis trois semaines. Cet œil en ce moment présente une légère photophobie et un peu de vascularisation périkératique. La cornée est opaque dans sa totalité, opacité nettement interstitielle. De cet œil, la malade ne peut compter les doigts ; elle distingue seulement la lumière. La pupille est petite, l'iris est sain.

On lui donne de l'atropine, des applications chaudes sur l'œil et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION 51 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine scrofuleuse.

Demoiselle Jeanne C..., 22 ans, se présente le 11 octobre 1897 à la clinique nationale des Quinze-Vingts, dans le service de M. le Dr Chevallereau pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Elle est fille unique et a toujours été un peu souffrante. Elle a eu la fièvre typhoïde à 21 ans ; et dans son enfance beaucoup de glandes au cou, d'origine scrofuleuse probablement. Ces ganglions sont en partie disparus. Elle a pris à ce moment beaucoup d'huile de foie de morue et de sirop d'iodure de fer.

Elle est mariée depuis le mois d'avril ; et généralement bien réglée. Son mari est très fort.

Examen des yeux. — Son œil gauche est pris depuis dix jours environ. La cornée est envahie dans sa presque totalité par un trouble diffus et profond sans beaucoup de vascularisation. Il y a peu de photophobie. La pupille est bien dilatée et l'iris est sain.

L'acuité visuelle de cet œil est de $\frac{1}{3}$. Pas de lésions du fond de l'œil qu'on arrive à éclairer avec beaucoup de difficulté, ni au niveau de l'ora serrata.

L'autre œil, l'œil droit, présente au niveau de la cornée une petite taie qui est ancienne, reste d'une kératite survenue quand elle était petite. A. V. = $\frac{1}{10}$. Aucune lésion également du fond de l'œil.

Cette malade ne présente nullement le facies d'Hutchinson ; ses dents n'ont rien de caractéristique ; elle a une dent cariée, une molaire correspondant à l'œil malade ; mais nous ne croyons pas devoir établir une relation entre cette dent cariée et l'apparition de cette kératite. Les oreilles sont très bonnes ; et l'on ne trouve rien d'anormal du côté des membres.

On lui conseille de se faire extraire la dent malade. Et pour sa kératite, on lui donne simplement de l'atropine et des applications chaudes.

OBSERVATION 52 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

Eda Ray..., âgée de 14 ans, se présente à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 14 octobre 1897 pour une kératite parenchymateuse double et ancienne.

Pas de renseignements précis sur les antécédents héréditaires. Huit enfants dans la famille, dont six sont morts en bas âge. Il lui reste une sœur plus âgée qu'elle, 24 ans, et qui est l'aînée.

Notre petite malade est la seconde. Elle présente un peu le facies d'Hutchinson. Mais ses dents sont bonnes, et n'offrent rien de spécial. Sa voûte palatine est ovale.

Son oreille gauche est un peu moins bonne que la droite. Elle a eu un écoulement d'oreille du côté gauche, lorsqu'elle était petite, et il lui est resté quelques bourdonnements.

Elle a un grand nombre de petits ganglions indurés des deux côtés du cou. Les jambes sont droites, ses tibias normaux.

Il y a deux ans que ses yeux sont malades. Elle a été soignée par MM. Landolt et Dehenné, puis aux Quinze-Vingts. Actuellement, elle présente une kératite parenchymateuse très nette des deux yeux, trouble diffus et profond surtout marqué à gauche.

Il n'y a plus ni vascularisation, ni photophobie.

Elle compte seulement les doigts à 1 mètre environ de l'œil droit et à 25 centimètres de l'œil gauche.

Comme traitement, atropine et pommade jaune.

OBSERVATION 53 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique.

Mme Louise P..., 20 ans, journalière, se présente le 15 octobre 1897, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Chevalereau pour une kératite parenchymateuse unilatérale.

Son père est mort d'une maladie de cœur. Sa mère, âgée de 57 ans, est bien portante. Dix enfants dans la famille dont 8 sont morts.

Notre malade est la dernière. Etant petite, elle a eu la rougeole. Réglée à 15 ans, elle a toujours été mal réglée depuis. Elle a eu deux en-

fants dont l'un est un peu cachectique. Elle n'a pas fait de fausse couche.

Son *œil droit* est pris depuis 20 jours. Elle présente de ce côté une *kératite parenchymateuse* nette. La presque totalité de la cornée est envahie, sauf le 1/3 supérieur. Il y a peu de vascularisation et de photophobie. Elle compte les doigts à 25 centimètres; son autre *œil* est sain. Pas de lésion des membranes profondes. La malade n'a aucunement le facies de l'hérédo-syphilis. Elle est forte.

Elle a de très *belles dents*; ses oreilles également sont bonnes. Les jambes n'ont rien.

Atropine, frictions et applications chaudes sur l'œil comme traitement.

OBSERVATION 54 (personnelle).

Kératite parenchymateuse. — Hérédo-syphilis tardive.

Joseph G..., 25 ans, se présente le 25 octobre 1897, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, dans le service de M. le D^r Chevallereau pour une *kératite parenchymateuse* de l'œil gauche.

Les parents sont bien portants. Il y a 4 enfants dans la famille dont deux sont morts, l'un à l'âge de 2 ans et l'autre quelques mois après la naissance.

Notre malade a eu une angine à l'âge de 10 ans, plusieurs blennorrhagies de 18 à 22 ans; mais il nous affirme qu'il n'a jamais eu la syphilis.

Depuis cinq mois, il a une perforation du voile du palais présentant le volume d'un gros pois. Cette perforation est survenue spontanément.

Il ne présente pas le facies de l'hérédo-syphilis, sauf le nez qui est un peu effacé à sa racine. Pas de dents d'Hutchinson, mais elles sont mauvaises, ses oreilles sont bonnes. Le crâne n'offre rien de particulier. Il n'a rien aux jambes ni aux tibias. Pas de ganglions cervicaux.

Examen des yeux. — Son *œil gauche* est atteint depuis 15 jours. Il y a peu de photophobie mais beaucoup d'injection périkeratique. La cornée présente un trouble diffus et profond, très nettement interstitiel. La pupille est moyennement dilatée, l'iris un peu terne. La tension est normale. De cet *œil*, il compte les doigts à 2 mètres.

L'autre *œil* est sain et ne présente aucune trace de choroïdite.

Comme traitement, nous lui donnons des instillations d'atropine et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION 55 (personnelle).

Kératite parenchymateuse chronique, d'origine scrofuleuse et cachectique. — Récidive.

Demoiselle Angèle Ay..., 15 ans, se présente à la clinique nationale

des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Valude le 2 juillet 1897 pour une double kératite parenchymateuse ancienne.

Ses yeux sont pris depuis 4 ans. Elle a été soignée alors à l'hôpital des Enfants-Malades. Elle était presque entièrement guérie lorsqu'elle eut une rechute il y a un an. Les deux cornées sont envahies par un trouble diffus profond. Il y a peu de photophobie et de vascularisation. Les pupilles sont bien dilatées ; l'iris est sain et la chambre antérieure profonde.

Cette jeune fille paraît pâle et un peu cachectique ; elle n'a pas le facies de l'hérédosyphilis, *ses dents sont très belles* ; ses oreilles bonnes. Les jambes sont normales, les tibias ne présentent aucune courbure. Pas de ganglions cervicaux. La mère est morte il y a un an d'une hernie étranglée à l'hôpital Cochin. Elle n'a pas fait de fausses couches. Le père est fort et bien portant.

Trois enfants dans la famille. La sœur aînée a 23 ans, elle est mariée et forte. Un frère serait mort en bas âge. Notre jeune malade est la troisième.

Nous ne trouvons chez elle aucune tare syphilitique, et nous croyons avoir affaire à une de ces kératites que M. Panas a désignées sous le nom de kératite cachectique.

OBSERVATION 56 (personnelle).

Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique.

Louise L..., 20 ans, vient consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 22 octobre 1897 pour une kératite parenchymateuse.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Sa mère est atteinte de rhumatisme articulaire chronique. Elle a eu autrefois une conjonctivite granuleuse et présente des restes de kératites anciennes. Elle est de plus asthmatique. Cinq enfants dans la famille dont 4 sont morts en bas âge.

Notre jeune malade a toujours été un peu souffrante jusqu'à l'âge de 7 ans. Elle ne présente nullement le facies d'Hutchinson. Ses dents sont bonnes, ses oreilles également. Pas de ganglions cervicaux, mais un assez gros ganglion préauriculaire du côté gauche. La voûte palatine n'est pas ogivale. Les jambes n'ont rien de particulier comme déformation.

Cette jeune fille paraît très bien portante maintenant. Pendant plusieurs années, elle a été très sujette aux épistaxis. Depuis 3 mois, ces épistaxis ont cessé. Elle est bien réglée mais voit peu.

Examen des yeux. — Ils sont atteints depuis deux mois. C'est l'œil gauche qui a été pris le premier : le droit n'a été atteint que 15 jours après. En ce moment, elle a beaucoup de photophobie. Elle marche la tête baissée et se détourne de la lumière. Ses cornées présentent le

type de la kératite parenchymateuse diffuse, une opacité profonde les recouvre.

Il y a beaucoup d'injection périkeratique et quelques petits dépôts blanchâtres sur la cornée droite. Les deux pupilles sont bien dilatées et l'iris sain des 2 côtés ; le tonus normal.

Des deux yeux, elle compte les doigts à 25 centimètres environ.

Comme traitement, on lui prescrit de l'atropine, des applications locales chaudes et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION 57 (personnelle).

Kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse.

Marthe M..., 11 ans 1/2, est amenée le 5 novembre 1897 à la clinique de MM. les Dr de Wecker et Masselon pour une double kératite parenchymateuse.

Le père est mort de *tuberculose pulmonaire* à l'âge de 45 ans, après avoir eu de fréquentes hémoptysies. La mère qui nous donne ces renseignements est une femme très forte et qui a toujours été bien portante. Elle a 4 enfants vivants : l'aîné a 26 ans, le second 19 ans et le troisième 16 ans ; la dernière est âgée de 12 ans, c'est cette jeune enfant qui est atteinte de kératite. La mère n'a perdu aucun autre enfant et n'a fait aucune fausse couche. On ne trouve absolument aucune trace de syphilis.

Notre petite malade est forte et n'a nullement le facies de l'hérédosyphilis. Les *dents sont saines* et ses oreilles excellentes.

Dans sa première enfance, elle a eu la rougeole et la variole.

Il y a 4 ans, elle a présenté de petites nodosités, à la jambe droite, dans la région tibiale antérieure. Le Dr Récamier qui l'a soignée à cette époque a fait le diagnostic d'abcès scrofuleux et les a incisés.

Au mois de février 1897, cette enfant est prise de douleurs dans le genou droit. Il augmente de volume ; puis le genou gauche se prend à son tour, environ 15 jours après. On lui fait alors des pointes de feu à ce niveau, puis on lui conseille l'application de la teinture d'iode.

Au mois d'avril, ses genoux étaient devenus très gros. Il y avait surtout à droite une hydarthrose volumineuse. On a fait une ponction et on a retiré paraît-il un demi-litre environ de liquide. Du côté gauche, il n'a pas été nécessaire de ponctionner ; on a continué simplement les applications de teinture d'iode.

Actuellement, le genou droit est encore plus volumineux que le gauche. Il n'est plus douloureux ; les mouvements sont bien conservés. Il y a un peu d'atrophie des muscles avoisinants.

Examen des yeux. — Les yeux sont pris depuis 15 jours. C'est l'œil droit qui a été atteint le premier, le gauche s'est pris 8 jours après. En ce moment, les deux cornées présentent l'aspect trouble de la kératite

parenchymateuse. C'est une opacité diffuse et profonde, plus marquée sur l'œil gauche que sur le droit.

Du côté gauche, toute la cornée est envahie à droite, les 2/3 de la portion centrale de la cornée sont atteints.

Des deux côtés, l'iris est sain et les pupilles bien dilatées.

Impossible d'éclairer le fond de l'œil.

Il existe une photophobie et une vascularisation des plus intenses.

La petite malade est soumise aux injections de sublimé.

OBSERVATION 58.

Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique avec récurrence (due à l'obligeance de M. A. Terson, chef de clinique).

Mlle L..., âgée de 25 ans, d'une constitution délicate, a perdu sa mère d'une affection inconnue en bas âge. Le père est manifestement syphilitique et tabétique depuis plus de 10 ans. Cette jeune fille n'a nullement les dents caractéristiques d'Hutchinson. Elle est atteinte d'un ozène très marqué. A l'âge de 3 ans, elle a été prise d'une poussée de kératite parenchymateuse double qui l'a rendue presque aveugle pendant plusieurs mois et dont il resté de très légers néphélions.

A l'âge de 12 ans, nouvelle récurrence mais qui fut beaucoup plus légère.

Enfin, depuis 3 mois, la vision s'est de nouveau obscurcie, à tel point qu'au moment où on la présente à M. Terson les cornées sont absolument infiltrées, opaques et la malade n'a que la perception lumineuse. On ne voit l'iris d'aucun côté.

La malade est soumise immédiatement aux frictions mercurielles qu'on alterne tous les 15 jours avec 2 grammes par jour d'iodure de potassium dans l'intervalle. On applique également des compresses chaudes sur les yeux pour amener la vascularisation et on instille de l'atropine.

La malade est restée totalement aveugle pendant un mois. Puis, peu à peu la vascularisation est devenue très forte.

Elle a perdu son père pendant cette période de cécité. Il est mort d'accidents vésicaux d'origine tabétique.

Cette jeune fille a eu de l'iritis double sans lésions pigmentaires de la choroïde postérieure, mais la sclérotique juxta-cornéenne a présenté de légères taches grisâtres, témoignant d'une scléro-choroïdite antérieure comme Fuchs et d'autres auteurs l'ont signalée au cours de kératites parenchymateuses typiques.

Actuellement, après un an de traitement local et général, la malade lit et fait couramment de la musique.

CONCLUSIONS

La syphilis héréditaire est certainement un des facteurs les plus importants dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse.

Au point de vue clinique, il n'y a aucune différence entre une kératite parenchymateuse primitive et une kératite parenchymateuse secondaire. La clinique, l'anatomie, l'expérimentation démontrent que cette kératite, même primitive, présente un processus morbide étendu au tractus uvéal.

La syphilis héréditaire ou acquise sont loin d'être les seules causes de kératite parenchymateuse, car dans 30 à 50 0/0 des cas, il est impossible de retrouver cette étiologie.

De plus, on retrouve cette kératite parenchymateuse chez les animaux réfractaires à la syphilis.

Après la syphilis, la tuberculose est une des causes les plus fréquentes de cette affection. Nous avons trouvé cette étiologie chez un grand nombre de nos malades. M. Von Hippel a démontré anatomiquement que la kératite parenchymateuse peut être causée par une infection tuberculeuse.

La forme des dents, décrite par Hutchinson, de même que la surdité sont des symptômes qui manquent fréquemment dans la véritable kératite parenchymateuse diffuse.

Les arthrites du genou et du coude en particulier, survenant au cours de kératites parenchymateuses, ne prouvent rien en faveur de l'origine spécifique, car on les rencontre aussi fréquemment au cours de la tuberculose.

L'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte, les affections utérines sont après la syphilis et la tuberculose les causes les plus fréquentes de la kératite parenchymateuse diffuse.

Dans la plupart des cas, les injections profondes d'huile biiodurée

d'hydrargyre donnent de bons résultats ; l'iodure de potassium, administré ensuite, achève la guérison.

L'iodoforme, à l'intérieur, dans la tuberculose surtout et dans la scrofule, a souvent bien réussi.

La paracentèse de la chambre antérieure et l'iridectomie peuvent être favorables dans les cas chroniques.

On devra toujours instituer en même temps un traitement général et reconstituant. Il consistera surtout dans la prescription des ferrugineux, du vin de quinquina, du vin iodotannique, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue en y associant une bonne hygiène et l'hydrothérapie ; car, il faut se rappeler que l'on a affaire ici avant tout à une affection débilitante et cachectique.

Vu :

Le Président de la thèse,
PANAS.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1858. **Hutchinson.** — *On the different forms of inflammation of the eye consequent of inherited syphilis.*
1859. **Virchow.** — *Cellularpathologie.*
1860. **Galligo.** — Sur la kératite provenant de la syphilis héréditaire. *Gaz. méd.,* Lyon, p. 113.
- Teale.** — Cases of Iridektomy. *Med. Times and Gazette.* —
1863. **Hutchinson.** — *Diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis.*
1864. **V. Hasner.** — Paracentese der Corneae. Ker. profunda. *Med. Wochensch.,* 1 et 2.
- Watson.** — *Ophth. Hosp. Rep.*
1865. **V. Hasner.** — *Klinische Vorträge.*
1866. **V. Rothmund.** — Sur les injections sous-conjonctivales de sel ordinaire.
- Taylor.** — *Ophth. Review.*
1867. **Mooren.** — *Ophthalm. Beobachtungen.*
1870. **Gradenigo.** — Observ. d'iritis tuberculeuse. *Ann. d'ocul.,* LXIV, p. 174.
1871. **Arcoleo.** — *Resoconto.*
- Davidson.** — De la surdité dans ses rapports avec la kératite pan-niforme et les dents incisives coniques. *Ann. d'ocul.,* LXV.
- Hutchinson.** — *Keratites bei hereditare Syphilis.*
- Panas.** — Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédo-syphilitique. *Gaz. des h p.,* n  139.
1874. **Panas.** — *Leçons sur les kératites.*
1876. **Abadie.** — *Traité des maladies des yeux.*
1877. **Buffet.** — *Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse.* Thèse de Paris.
1878. **Badal.** — De la kératite interst. diffuse. *Gaz. des h p.,* s. 68.
1879. **Laffitte.** — *De la kérat. parenchym.* Th. de Paris.
- Lacombe.** — *De la kérat. interst. dans la syphilis acquise.* Th. de
1880. **Abadie.** — De la kératite parenchym. maligne. *Union méd.,* s. 1041.
- Cuignet.** — Kérat. parench. graisseuse. *Rec. d'ophth.,* p. 655.
- Dabadie.** — *De la kérat. parenchym. et en particulier de la kérat. parenchym. maligne.* Th. de Paris.
1881. **Galezowski.** — Du traitement de la kérat. interstit. et de la scléro-kérat. par l'iridectomie. *Rec. d'ophth.,* p. 408.

1882. **Aguilar Blanch.** — Contribution à l'étude de la kérat. interst. *Rec. d'ophth.*, s. 457.
Carré. — Kérat. parench. *Gaz. d'ophth.*
— *Traitement de la kérat. interstitielle.*
Denarié. — Sur un cas de kérat. syphil. *Lyon méd.*, 49.
Galezowski. — Les affect. scrof., etc. *Journ. thérapie.*
— *La goutte et les affections gouteuses.*
1883. **Abadie.** — Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire. *Union méd.*, n° 141.
Binet. — *Du rôle de la syphilis*, etc. Th. Paris.
Coppens. — *De la kératite interstit. et de son traitement par l'intervention chirurgicale.* Th. Paris.
Coundourris. — *Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil.* Th. Paris.
Couzon. — *Contribution à l'étude de la kérat. interstit. dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise.* Th. Paris.
Denarié. — *Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne.* Gomme de la cornée. Th. Lyon.
Eperon. — Etude clinique sur la tuberculose. *Arch. ophth.*, III, s. 485.
Ferret. — Note sur la kérat. d'Hutchinson. *Bull. de l'Hosp. des Quinze-Vingts*, p. 139.
Galezowski et Daguenet. — *Diagnostic et traitement des affections oculaires.*
Galezowski. — Les affections oculaires rhumatismales. *Journ. de thérapie*, s. 124.
Parinaud. — La kérat. interstit. et la syphilis héréditaire. *Arch. gén. méd.*, II, s. 521.
1884. **Abadie.** — Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syph. héréd. *Soc. franç. d'ophth.*, p. 128.
Boquin. — *Du rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations.* Th. Paris.
Dehenne. — Du traitement chirurgical de la kérat. interstit. *Union méd.*, n° 274, p. 287.
Haensell. — Lésions oculaires expérimentales de la syphilis. *Bull. des Quinze-Vingts*, t. II.
Kirmisson. — Kératite de Hutchinson. *Revue chir.*, n° 9.
Leplat. — *De l'origine syphilitique de la kérat. parenchym.*, XCH.
Parinaud. — Sur les affections rhumatismales de l'œil. *Bull. Soc. franç. d'ophth.*, 122.
Toupet. — Du rhumatisme oculaire. *Gaz. méd. de Paris*, n° 41.
1885. **Fano.** — De l'emploi du salicylate de soude, etc. *Journ. d'ocul.*, n° 149.
Fournier. — De la syphil. héréditaire tardive. *Rec. d'ophth.*, p. 705.

- Panas et Vasseaux.** — Etude expérim. sur la tuberculose de la cornée. *Arch. ophth.*, V, p. 193.
- Royat et Alvarez.** — Observation clinique du bacille de la tuberculose dans la cornée. *Revue clinique d'oculistique*, p. 185.
1886. **Abadie.** — Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure en thérapeutique oculaire. *Ann. d'ocul.*, XCV.
- Traitement de la kérat. parench. grave. *Arch. ophth.*, p. 360.
- Badal.** — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis. *Arch. ophth.*, VI, p. 104.
- Dumont.** — Kérat. de l'œil gauche (syph. héréd.). *Bull. des Quinze-Vingts*, p. 69.
- Fournier.** — La syphilis héréd. tardive. *Rec. d'ophth.*, p. 5.
- Accidents de syphilis héréd. survenus à l'âge de 30 ans. *Gazette hebdom.*
- Gillet de Grandmont.** — Des manifestations syph. oculaires et de leur traitement. *Ann. d'ocul.*, XCV.
- Trousseau.** — Contrib. à l'étude de la syph. héréd. tardive. *Bull. Hosp. des Quinze-Vingts*, p. 126.
- Vacher.** — Du traitement de la sclérose cornéenne et de l'épiscléritis par la péritomie ignée. *Ann. d'ocul.*, XCV, p. 216.
- Wecker et Landolt.** — *Traité complet.*
1887. **Calamy.** — Kérat. interst., condylome de l'iris. *Bull. Hosp. des Quinze-Vingts*, V, p. 93.
- Caudron.** — Tares héréditaires : tuberculose et syphilis. *Revue générale*, p. 97.
- Etienne (Dr).** — *De la tuberculose de la conjonctive et de la cornée.* Th. de Lyon.
- Haltenhoff.** — Etiologie de la kérat. interst. diffuse. *Bull. Soc. franç. ophth.*, V.
- Lavergne.** — *De la kérat. interstit.* Th. Paris.
- Rachet.** — *Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la cornée.* Th. Paris.
- Lédan.** — Contrib. à l'étude de la kérat. interstit. *Rec. d'ophth.*, p. 528.
- Trousseau.** — Sur l'étiologie de la kérat. interst. *Ann. d'ocul.*, XCVII.
1888. **Despagne.** — Troubles de nutrition des cornées des deux yeux à la suite d'une fièvre gastrique. *Ann. d'ocul.*, C, p. 156.
- Dufour.** — Etiologie et traitement de la sclérite. *Arch. ophth.*, p. 255.
- Dupré.** — Deux observations d'hérédo-syphilis tardive. *France méd.*, n° 31.
- Trousseau.** — Traitement des kérat. chez les enfants. *Revue gén. de thérap. et clin.*, n° 10.

1889. **Caudron.** — La kérat. interstit.   forme d'abcès. *Revue gén. d'ophth.*, s. 145.
- Chibret.** — Etude clinique de quelques affections synalgiques de l'œil. *Arch. ophth.*, p. 420.
- Darier.** — L'application de la lanoline hydrargyrique dans les infiltrations cornéennes. *Rec. d'ophth.*, p. 225.
- Noblot.** — *Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation.* Th. Bordeaux.
- Puech.** — De l'influence de l'établissement de la menstruation. *Arch. ophth.*, p. 440.
1890. **Gallemaerts.** — *De l'emploi de la pyoctanine.*
- Gendron.** — *Etude sur quelques cas d'affection oculaire d'origine interne.* Th. Paris.
- Grandclément.** — Efficacité du massage de l'œil dans la kérat. parenchym. *Arch. ophth.*, p. 257.
1891. **Abadie.** — De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement. *Bull. Soc. franç. de derm. et syph.* Paris, II, p. 208.
- Syphilis oculaire. *Mercredi méd.*, n  14.
- Badal.** — Syphilis oculaire. *Journ. de méd. de Bordeaux.*
- Chevallereau.** — Kératite goutteuse. *France méd.*, 2 mai.
- Crouzet.** — Cas d'hérédo-syph. tardive oculaire et articulaire. *Rec. d'ophth.*, p. 586.
- Darier.** — Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. *Arch. ophth.*, p. 449.
- Gillet de Grandmont.** — Syphilis ou tuberculose de l'iris. *Soc. ophth.* Séance du 2 juin.
1892. **Abadie.** — Manifestations oculaires tardives de la syphilis ; insuccès du traitement général ; succès du traitement local. *Annales de derm. et de syph.*, III, p. 510.
- Batut.** — De la tuberculose oculaire. *Midi méd.* Toulouse, 1, p. 178.
- Berger.** — *Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale.* Paris.
- Loukaetis.** — *De la kératite parenchymateuse et en particulier de sa pathogénie et de son traitement.* Th. Paris.
- Galezowski.** — Des altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophtalmoscopique de cette région dans les maladies constitutionnelles et dans la myopie. *Annales d'ocul.*, p. 465.
- Kohler.** — *De la tuberculose oculaire.* Th. Paris.
- Lagrange.** — Deux observations de kérat. interst. traitées par des injections sous-conj. de sublimé. *Rec. d'ophth.*, p. 522.
- Paragoire.** — *De la menstruation en pathologie oculaire.* Th. Paris.
- Raynaud.** — *Troubles oculaires de la malaria.* Th. Paris.

1893. **Chibret**. — A propos de la syphilis oculaire et de son traitement. *Ann. d'ocul.*, t. X, p. 8.
Darier. — Des inject. sous-conj. de sublimé. *Ann. d'ocul.*, CIX, p. 241.
Valude. — Des inject. sous-conj. en therap. oculaire. Résultats d'une enquête faite auprès d'un certain nombre d'ophtalmologistes de tous les pays. *Ann. d'ocul.*, CX. August.
1894. **Panas**. — *Traité des maladies des yeux*.
Parisotti. — Les injections de solution huileuse de biiodure de mercure dans le traitement des manifestations oculaires de la syphilis. *Ann. d'ocul.*, CXI, p. 261.
1895. **Galezowski**. — De la syphilis oculaire héréditaire. *Ann. d'ocul.*, CXIII, p. 59.
De Spéville. — Rapport sur un travail du Dr **Trantas** (de Constantinople), intitulé : Deux cas de kérat. interstitielle n'ayant pas comme cause la syphilis héréditaire. *Société d'ophtalmologie*. Paris, 1895. *Rec. d'ophth.*, 1895, p. 545.
1896. **E. Fortin**. — *Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo syphilitiques*. Paris, 1896.
Truec et Valude. — *Nouveaux éléments d'ophtalmologie*.
1897. **A. Antonelli**. — *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*. Thèse Paris.
Panas. — Rapport sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. *Congrès d'ophtalmologie*.
Galezowski. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1^{er} septembre 1897.

- Foerster**. — *Græfe-Saemisch, Handbuch d. Augenheilkunde*. Bd. VII.
Horner. — *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten*, Bd. V, 2.
Hochsinger. — Die Schicksale der congenital-syphilitischer Kinder. *Wiener med. Wochenschrift*, 1889, n° 46.
Hirschberg. — Ueber specifische Hornhaut-Entzündung. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1880, n. 25 und 26.
Albrand. — Bemerkungen über einige äussere Krankheiten des Auges. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1895, n. 25 und 26.
Silex. — Pathognom. Kennzeichen der congenit. Lues. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1896, n° 7.
Greiff. — Keratitis parenchymatosa. *Drasche's Bibliothek der ges. med. Wissenschaften*. Wien, 1896.
Bongartz. — *Ueber die Ausbreitung der tuberc. Infection im Auge*, Inaug. Diss. Wurzburg, 1891.
Bach. — Die tuberc. Infection des Auges. *Archiv. für Augenheilkunde*, Bd. XXVIII, 1894.

Bürstenbinder. — Ueber tubercul. Iritis und Keratitis. *Von Græfe's Archiv.*, XLI, 1, 1895.

Zimmermann. — Ueber einen Fall von keratitis parench. tuberc. *Von Græfe's Archiv*, XLI, 2, 1895.

Denig. — Ueber die Häufigkeit der Localtuberculose des Auges, etc. *Arch. f. Augenheilk.*, Bd. XXXI, 1895.

Schultze. — Tuberc. Iritis mit keratitis parenchym *Archiv. f. Augenheilkunde*, Bd. XXXIII, 1896.

Brener. — *Zur Lehre von der parenchymatösen keratitis.* Inaug. Dissert. Giessen, 1895.

Haag. — *Ueber den Einfluss von subconjunctivalen sublimat. Injectionen auf Erkrankungen des Auges.* Inaug. Dissert. Giessen, 1894.

Ausserdem folgende Dissertationen, welche speciall das Material aus der Berliner Universitätsaugenklinik behandeln.

Bosse. — *Ueber die interstitielle Keratitis und ihren Zusammenhang mit Gelenkaffectionen.*

Manasse. — *Zur Statistik der Keratitis interst. insbesondere mit Rücksicht auf ihr Vorkommen nach Altersklassen und Geschlecht.*

J. Domingo. — *Ueber angeborene Hornhauttrübungen.*

R. Skladny. — *Ueber das Auftreten von glatter Atrophie des Lungengrundes in Folge von hered. Lues.*

Eugen v. Hippel. — *Ueber Keratitis parenchymatosa.* *Albrecht's Archiv. für Ophthalmologie*, 1896.

Richard Greeff. — *Die Keratitis interstitialis (parenchymatosa) in ihren Beziehungen zu allgemeiner Krankheiten*, 1897.

Imp. G. St-Aubin et Thévenot. — J. Thévenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne)
